Rok I Seria II Kraków Nr 11—12 (1—15 grudnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 11—12 (1—15 grudnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Zeszyt poświęcony
Zjazdowi Delegatów Lekarzy Ubez. Społ. i Medycynie Społecznej

I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie

Historia Zjazdu

Po sześciu z górą latach martwoty i po unieruchomieniu działalności organizacyjnej przez okupanta zaczęły wznawiać swoją działalność pojedyncze oddziały związków lekarzy. Wobec braku środków komunikacyjnych, a częstokroć wobec niemożności porozumienia się pisemnego, pojedyncze oddziały działały na własną rękę. We wszystkich ośrodkach dało się odczuć dążenie do scentralizowania ruchu zawodowego lekarzy.

Z końcem lipca b. r. na konferencji odbytej w Warszawie Prezes Warszawskiego zrzeszenia lekarzy U. S. dr Miłosz Grodecki i prezes krakowskiego Związku lekarzy Kas Chorych dr Gołąb ustalili konieczność połączenia wszystkich lekarzy pracujących w Ubezpieczalniach Społecznych w jedną organizację, chcąc w ten sposób stworzyć organizację, która mogłaby pertraktować z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej i z ZUS w sprawach dotyczących rozbudowy Ubezpieczalni Społecznych i bytu lekarzy. Realizacja tego planu miała odbyć się na zjeździe, który miał być zwołany z początkiem września do Krakowa.

Tymczasem lekarze, którzy już przystąpili do Związku Zawod. Pracowników Służby Zdrowia ustanowili zwołanie Ogólnopolskiego Zjazdu lekarzy na koniec września do Łodzi, na którym miała obradować Sekcja lekarzy Ubezpieczalni Społecznych. Zapowiedziany zjazd w Łodzi nie doszedł do skutku z powodu zakazu C. K. Z. Z.

Wobec czego Warszawski Komitet Organizacyjny Ogólnopolskiego Związku Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych postanowił jednogłośnie dnia 21 9 1945 wybrać na miejsce Zjazdu Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych miasto Kraków, a na przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego powołać dra Jana Kazimierza Gołąba.

W wykonaniu tej uchwały Związek Lekarzy Kas Chorych w Krakowie zwołał na dzień 3 i 4 XI b. r. I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych z następującym porządkiem dziennym:

1) Sprawa bytu lekarzy U. S.
2) Utworzenie ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna służba zdrowia.
4) Podporządkowanie lecznictwa U. S. Ministerstwu Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Regulamin Zjazdu:

I. Obrady Zjazdu odbywają się w lokalu „Kuźnicy” Rynek Główny 16.
II. Obrady trwają od godz. 9.30 do godz. 17-tej z przerwą celem spożycia posiłku na miejscu.
III. Każdy delegat otrzymuje przy wejściu na salę legitymację uprawniającą do oddania przysługującej ilości głosów.

IV. § 1. Prawo przemawiania przysługuje zarówno delegatom jak i zaproszonym gościom.

§ 2. Czas trwania przemówień: Referaty główne do 30-tu minut. Korreferaty do 20-tu minut.

§ 3. W dyskusji nad referatem lub wnioskiem wolno zabierać głos najwyżej dwukrotnie. Pierwsze przemówienie 5 minut, następne 3 minuty.

§ 4. W głosowaniu biorą udział tylko delegaci lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

§ 5. Delegat Ubezpieczalni Społecznej, w której pracuje do 50-ciu lekarzy posiada prawo oddania jednego głosu.

§ 6. Przy większej liczbie lekarzy a nie wysłaniu odpowiedniej ilości delegatów (jeden delegat na każdą rozpoczętą 50-tkę) obecny na Zjeździe delegat jest uprawniony do oddania przysługującej ilości głosów.

Na Zjazd przybyło 46 delegatów reprezentujących 1484 lekarzy z następujących Ubezpieczalni Społecznych:

1) Białystok: dr Zabłocki Adam, dr Jaruzelska Wanda.
2) Bielsko: dr Stawiński Tadeusz.
3) Bydgoszcz: dr Zubczewski Adam, dr Tadlewski Edward.
4) Bytom: dr Baborski Otmar.
5) Chorzów: dr Garbień Józef.
6) Chrzanów: dr Schimmer Seweryn.
7) Częstochowa: dr Jaroń Włodzimierz, dr Grzybowski Czesław, dr Szaniawski Paweł.
8) Gdańsk-Gdynia: dr Janusz Wiktor.
9) Inowrocław: dr Mierosławski St.
10) Katowice: dr Hanke Edward, dr Zawadzki Witold.
11) Kielce: dr Paszkiewicz Aleksander.
12) Krosno: dr Hoduńko Włodzimierz.
13) Łódź: dr Sienkiewicz Bolesław, dr Magalif Jakub, dr Chęciński Tadeusz.
14) Ostrowiec Kielecki: dr Metelski Norbert.
15) Pabjanice: dr Piotrowska Milena.
16) Płock: dr Szurzec Antoni.
17) Poznań: dr Mąkowska Maria, dr Frąckowiak Tadeusz.
18) Radom: dr Waga Franciszek, dr Perzanowska Stefania.
19) Rybnik-Pszczyna: dr Stefański Wacław, dr Szymański Antoni.
20) Sosnowiec: dr Starzyński Sław., dr Trawiński Marian.
21) Tarnów: dr Śnieżko Tadeusz.
22) Toruń: dr Michałowski Benj.
23) Warszawa: dr Martyński Stanisław, dr Grodecki Miłosz, dr Wilczyński Jerzy, dr Olesiński Ignacy.
24) Włocławek: dr Breyer Felicjan, dr Białecki St.
25) Żyrardów: dr Kolski Stanisław, dr Bocheński Wacław.
26) Kraków: dr Spoczyńska Jadwiga, dr Polaczkówna Elżbieta, dr Trzebicka Stefania, dr Liwszyc Stanisław, dr Swat Adam.

Przebieg Zjazdu

Zjazd otworzył prezes Krakowskiego Związku Lekarzy Ub. Społ. dr Gołąb, podnosząc fakt, że jest to pierwszy Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezp. Społecznych, dlatego też w czasie obrad oczekiwać należy ważnych uchwał, dotyczących nie tylko udoskonalenia lecznictwa, poprawy bytu lekarzy, lecz i zorganizowania lekarzy Ubezp. Społecznych.

Przez powstanie i 1 minutowe milczenie zebrani uczcili pamięć zmarłych Kolegów Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Następnie dr Gołąb wita przybyłych na Zjazd Delegatów przedstawicieli a to: dyr. Departamentu dra Modlińskiego i dra Wernickiego z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, dra Grynberga dyrektora departamentu Ministerstwa Zdrowia, dra Krygera komisarza i dra Stawińskiego, lekarza naczelnego Z. U. S., dra Cięćkiewicza z Krak. Izby Lekarskiej, dra Marcinkowskiego Prezesa Rady Ubezpieczalni Społ., prof. dra Rutkowskiego, prezesa Zw. Lek. R. P., p. mgra Kerca przedstawiciela Dyrekcji Ub. Społecznej w Krakowie i p. Filipkiewicza, prezesa Zawod. Związku Pracowników Instyt. Ub. Społecznych w Krakowie.

Imieniem Min. Pracy i Opieki Społecznej wita Zjazd Lekarzy Ub. Społecznych dyr. Modliński podnosząc ogrom zadań, stojących przed zebranymi, chodzi bowiem nie tylko o odbudowę Ubezpieczeń chorobowych pracujących mas, lecz i o profilaktykę w dziedzinie zdrowia świata pracy. W odrodzonym państwie istnieją duże braki, wszystkie jednak trudności dadzą się pokonać, o ile tylko z całym sercem do tego się zabierzemy. W tym duchu życzy Uczestnikom Zjazdu powodzenia w obradach.

Zabiera głos dr Grynberg: Ministerstwo Zdrowia z wielkim zadowoleniem przyjęło zaproszenie Kolegów. Aczkolwiek nie jestem lekarzem Ubezpieczalni, proszę Was o przyjęcie mnie, na czas Zjazdu, do swego grona. Na tym Zjeździe będziecie obradowali nad szeregiem zagadnień nader doniosłych dla pomocy lekarskiej w Polsce, a w szczególności dla ludności pracującej. Z całą uwagą będę się przysłuchiwał Waszym obradom, a jeżeli zezwolicie, od czasu do czasu zabiorę głos w dyskusji, aby oświetlić jak wyglądają poruszone przez Was zagadnienia, na warsztacie pracy ministerialnej.

W imieniu Ministra i Ministerstwa życzę Wam owocnej pracy.

Przemówienie Komisarza Z. U. S. dra Krygiera: Imieniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych witam Panów najserdeczniej i dziękuję za uprzejme zaproszenie. Pan dr Stawiński, lekarz Naczelny ZUS i ja przyjechaliśmy tutaj na Zjazd, by uczestniczyć w obradach, których wyniki śledzić będziemy ze zrozumiałym zainteresowaniem.

Pan dyrektor Modliński nakreślił już w swym przemówieniu wytyczne polityki Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Rzecz zrozumiała, że wytyczne Ministerstwa są obowiązujące i dla naszego Zakładu.

Chciałbym imieniem Zakładu zwrócić uwagę na nową zupełnie problematykę w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Nowość tych zagadnień jest najlepszym dowodem przemian społeczno-gospodar-

czych, które dokonują się w naszych oczach. Z tym faktem musi się liczyć rzecz oczywista i świat lekarski, jeżeli chce być czynnikiem żywym i aktywnym — a nie wątpię, że tak jest — w naszym organiźmie państwowym.

Stoją przed nami w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, a więc i przed światem lekarskim, nowe zagadnienia, których rozmiarów i skutków nie potrafimy przewidzieć.

Nie chcę mówić o objawach takich jak np. przerażający brak leków i ich wysoka cena. Ten straszliwy stan zmusza świat lekarski do dostosowania się, choćby contre coeur, do stanu obecnego w pracy codziennej. Ale są to objawy przemijające.

Zdarzeniem najważniejszym będzie w najbliższym czasie dekret Rady Narodowej o rozciągnięciu ubezpieczenia na wypadek choroby na robotników rolnych.

Okupant pozostawił nam ubezpieczenia społeczne w stanie zupełnej ruiny. Chcemy i musimy odbudować ubezpieczenia społeczne nie tylko w zakresie z przed września 1939 r., ale zbudować nowe ubezpieczenia społeczne na zupełnie innych podstawach. Punktem wyjścia tych nowych ubezpieczeń społecznych musi być la realité des choses, przeświadczenie, że w Polsce 1945 r. dokonała się olbrzymia przemiana, która zaważy na losie naszym i pokoleń następnych. Podstawą naszej pracy jest założenie, iż instytucje ubezpieczeń społecznych są dobrem ideowym i materialnym powierzonym nam przez ubezpieczonych, a więc przez świat pracy w imię jego potrzeb i dążeń. Z tych założeń wychodząc, chcemy zbudować gmach nowy, który się nazywa zabezpieczeniem całej ludności R. P.

Na tej drodze chcielibyśmy się spotkać ze światem lekarskim, by drogi nasze tj. nas ubezpieczeniowców i lekarzy były drogą wspólną. Pragniemy, by lekarz był nie tylko lekarzem ordynującym dłużej lub krócej, płatnym lepiej lub gorzej, lecz czynnikiem współodpowiedzialnym za całość i współpracę całości instytucji.

Pragnęlibyśmy, by obrady dzisiejsze, zakrojone bardzo szeroko, dały nam odpowiedź na te pytania, które są przedmiotem problematyki ubezpieczeń społecznych dnia dzisiejszego.

Imieniem Zarządu Izby Lekarskiej w Krakowie powitał Zjazd dr M. Ciećkiewicz. Izba Lekarska będzie śledziła przebieg obrad z prawdziwym zainteresowaniem, albowiem I. Zjazd Lekarzy U. S. jest wyrazem dążności do konsolidacji stanu lekarskiego. Życząc Zjazdowi owocnych obrad, dla uzyskania tej konsolidacji w interesie szerokich rzesz ubezpieczonych oraz samego zawodu, odpowiedzialnego za zdrowie społeczeństwa, wierzy, że Zjazd wypełni pokładane w nim nadzieje.

Dr Marcinkowski imieniem Rady Ubezpieczalni Społecznej podnosi znaczenie konsolidacji świata lekarskiego, przez co wspólnym wysiłkiem zostaną osiągnięte lepsze wyniki w leczeniu i zapobieganiu chorobom szerokich warstw pracujących.

Mgr Kerc uważa że zwołanie Zjazdu w okresie, gdy świat pracy realizuje swoje postulaty było wskazane. Zdrowie dla pracujących mas, to hasło świata pracy a lekarze Ubezp. Społ. są komórką w zrealizowaniu tego hasła.

P. Filipkiewicz im. Zaw. Zw. Prac. Instyt. Społ. wita Zjadz Lekarzy i życzy owocnych obrad. Podnosi, że mimo trudności pracy lekarzy Ub. Społ. w czasie okupacji, wszyscy lekarze ratowali ubezpieczonych przed okupantem z narażeniem się i poświęceniem. Podnosi patriotyzm lekarzy Ub. Społ. w tym okresie.

Jako przewodniczących Zjazdu wybrano: dra Martyńskiego, dra Stefańskiego i dra Gołąba, jako sekretarzy: drów Hozera, Swata, Polaczkową i Cikowskiego.

Dr Gołąb odczytuje porządek dzienny obrad Zjazdu:

1) Sprawa bytu lekarzy.

2) „ Organizacji Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

3) Powszechna służba zdrowia.

4) Podporządkowanie lecznictwa Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwu Zdrowia.

5) Wolne wnioski.

Porządek dzienny przyjęto jednogłośnie.

Wniosek dra Jaronia by punkt 2 porządku dziennego przenieść na dzień 4 XI przepadł w głosowaniu.

Kolega Biberstein wygłasza referat:

Sprawa bytu lekarzy U. S.

Położenie materialne lekarzy Kas Chorych a później Ubezpieczalni Społecznych było zawsze ciężkie, a płaca lekarza pokrywała zaledwie 50% jego minimum utrzymania.

Na wszystkich konferencjach o wytyczne do umów z lekarzami, które to pertraktacje trwały blisko dziesięć lat, gdyż rozpoczęły się jeszcze z początkiem 1930 r. po znanej konferencji świata lekarskiego, zwołanej przez ówczesnego Min. Pracy i Opieki Społecznej Prystora — przedstawiciele Kas Chorych, a później Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zapewniali przedstawicieli i delegatów lekarzy o najszczerszych chęciach i dążeniach zapewnienia lekarzom U. S. minimum utrzymania.

Zapewnienia te okazały się później narzuceniem lekarzom warunków pogrążających ich w jeszcze większą nędzę.

Poza zupełnym zniesieniem stabilizacji, skróceniem okresu urlopu wypoczynkowego ustaleniem etatu (1 lekarz na 3000 ubezpieczonych) itp., ustałono pobory procentowe zależne od przypisu składek za poprzedni kwartał. Odsetek na pobory lekarskie wynosił 10%. W pojedynczych Ubezpieczalniach dochodził wprawdzie do 13%, ale pobory te wynosiły w r. 1934 około 300 zł miesięcznie i stanowiły zaledwie 40% minimum utrzymania, a były o 30% niższe, niż w latach 1931—1933.

Lekarze zależni byli od Komisarzy i Naczelnych Lekarzy U. S. wzgl. od stosunków panujących w danej U. S.

Ustabilizowanie poborów po r. 1934 poprawiło nieco sytuację lekarzy, wprowadzając wraz z systemem lekarzy domowych 5-cio godzinny dzień pracy, płacę od 445— do 667,50 zależnie od lat pracy w U. S. ale i ta płaca stanowiła zaledwie 60% minimum utrzymania.

Rokowania o wytyczne trwały blisko 10 lat, ale ówczesnym ubezpieczeniowcom nie udało się ze-

pchnąć lekarzy do czynnika drugorzędnego, jakkolwiek przez przedłużenie pertraktacji pogrążyli lekarzy w straszą nędzę i kłopoty materialne. Sprawa przeszła do Naczelnej Izby Lekarskiej, która po wielu konferencjach pod wpływem groźby redukcji lekarzy do 1700 w całej Polsce podpisała w październiku 1933 wytyczne, wbrew wyraźnym zastrzeżeniom ze strony Izby Lekarskiej Krakowskiej, którą reprezentował dr Ciećkiewicz. Wytyczne te odczuli lekarze ubezpieczalni jako wielką krzywdę. Zniesiono prawa nabyte przez lekarzy, zniesiono prawie stabilizację, ustalono etat 1 lekarz na 3000 ubezpieczonych, wprowadzono procentowe wynagrodzenie od przypisu składek, kary dyscyplinarne obniżające wynagrodzenie do 50%, jakoteż zwolnienie z pracy bez odprawy i wypowiedzenia itp.

Naczelna Izba Lekarska szybko spostrzegła niezadowolenie i nędzę lekarzy i już po kilku miesiącach wypowiedziała częściowo wytyczne z procentowymi płacami lekarzy i wyłoniła do pertraktacji delegację, w skład której wchodzili przedstawiciele wszystkich Izb Lekarskich.

Przedstawicielstwo to doprowadziło do prestiżowego zwycięstwa tj. do parafowania wytycznych usuwających częściowo krzywdy, a przede wszystkim wynagrodzenie procentowe zależne od przypisu składek. Te korzystniejsze wytyczne niestety nie weszły w życie, gdyż zarząd N. I. L. tych wytycznych nie zatwierdził wbrew żądaniu upełnomocnionej delegacji.

Rozpoczęły się znowu rokowania i konferencje, wypowiedzenia i zatargi, trwające z przerwami do końca 1937 r. W powstałej Głównej Komisji Lekarzy U. S. też były duże rozbieżności, które przeszkadzały w zgodnej współpracy.

Płace lekarzy spadły tak, że w niektórych Ubezpieczalniach nie tylko nie stanowiły minimum utrzymania, ale stały się w pełnym tego słowa znaczeniu poborami głodowymi. Stosunek lekarzy do U. S. rozluźnił się i zepsuł. Nakazem chwili było jak najszybsze unormowanie stosunków między U. S. a lekarzami przez zawarcie obowiązującej obie strony umowy. Długotrwałe rokowania, w których brali udział przedstawiciele wszystkich organizacji lekarskich doprowadziły wreszcie w czerwcu 1938 r. do całkowitego porozumienia w przewlekającej się od wielu lat sprawie umów dla lekarzy U. S.

Stworzono w ten sposób podstawy do zbiorowego, nowego unormowania warunków pracy kilkutysięcznej rzeszy lekarzy ubezpieczeniowych, którzy stanowili trzecią część lekarzy w Państwie. Wprawdzie niektóre sfery próbowały jeszcze obalić osiągnięte porozumienie pod pozorem finansowego załamania się ubezpieczeń społecznych i konieczności obniżenia świadczeń dla ubezpieczonych na skutek podwyższenia poborów lekarskich, ale spowodowało to tylko zwłokę, a w końcu i te trudności pokonano dzięki jednolitej postawie lekarzy i zasady ogólne obowiązujące od 1 I 1939 podpisano w lutym 1939 roku, zamykając w ten sposób blisko 10 lat trwające rokowania, w którym to czasie tyle krzywd wyrządzono lekarzom.

Osiągnięte porozumienie, które przyniosło znaczną poprawę warunków pracy lekarzy U. S. zarówno z punktu widzenia zawodow-lekarskiego, jak i ogólno społecznego, zostało powitane przez świat lekarski z prawdziwą ulgą i zadowoleniem. „Zasady Ogólne" są dużym sukcesem świata lekarskiego, a w szczególności naszej organizacji tj. Zw. Lek. K. Ch. który był przez cały czas duszą tych pertraktacji. Sukces osiągnięto tylko dzięki jednolitej i nieugiętej postawie przedstawicieli lekarzy. „Zasady Ogólne" zapewniały bowiem po raz pierwszy w wolnej Polsce minimum utrzymania pełno zatrudnionemu lekarzowi. Wprowadziły wynagrodzenie 5—8 zł za godzinę pracy zależnie od warunków miejscowych. Trzechletnie dodatki starszeństwa, dzięki którym lekarz już po 15 latach otrzymywał pobory o 50% wyższe. Urlopy wypoczynkowe przedłużono do 6 tygodni już po 10 latach pracy, Przywrócono stabilizację, przy czym ilość stabilizowanych lekarzy ustalono na 55—75% ogółu lekarzy i wprowadzono szereg innych dodatnich warunków pracy.

Zasady te, obowiązujące dotychczas, niewątpliwie poprawiły byt lekarzy i poza mnożną w cenniku nie wymagają żadnej zmiany. Jeżeli zauważymy, że lekarz młody, rozpoczynający pracę w U. S., otrzymał jako minimum 625 zł i 100 zł na gabinet miesięcznie, a zatem 725 zł a lekarz starszy 1,087 zł, to stanowiło to już minimum utrzymania, jakkolwiek b. skromne; w niektórych U. S. gdzie stosunki miejscowe na to zezwalały, uposażenia były nawet wyższe.

Dla przykładu przypatrzmy się skromnym kosztom utrzymania rodziny przed wojną:

Rodzina składająca się z 2 osób wraz ze służbą potrzebowała na utrzymanie około 700,— zł — rodzina z 4 osób około 1,000,— zł. Brak w tym zestawieniu wydatków na urlop wypoczynkowy.

„Zasady ogólne" mają też duże znaczenie moralne, gdyż zapewniając lekarzowi minimum utrzymania, wiążą lekarzy z instytucją, której oddają swe najlepsze siły i stabilizują stanowisko lekarza uniezależniając je od czynnika niefachowego wśród administracji. „Zasady" nie czynią z lekarzy urzędników, lecz w drodze umowy zapewniają im uprawnienia należne z tytułu wykonywania ciężkich obowiązków zawodowych i społecznych.

Podnoszą prócz tego autorytet lekarza naczelnego, dotychczas często podważany. Przed ich wprowadzeniem nie miał lekarz naczelny oparcia, ani o zespół lekarski, bo ten uważał go za narzędzie administracji, ani w administracji, bo ta ograniczała go, gdzie tylko się dało. W myśl „Zasad ogólnych" Lekarz Naczelny mając przewagę w komisjach kwalifikacyjnych, dyscyplinarnych, stabilizacyjnych itd. ma możność wyboru, jako czynnik fachowy najlepszych kandydatów i w sposób odpowiedzialny łatwiej postawić może lecznictwo na odpowiednim poziomie Również i autorytet Rad Lekarskich uległ wzmocnieniu.

Ubezpieczalnie nie mogą pracować ku zadowoleniu ubezpieczonych przy pomocy źle wyposażonych i niezadowolonych lekarzy. Świadomość nędznego wynagrodzenia lekarzy podkopywała zaufanie ubezpieczonych do instytucji i do medycyny społecznej w ogóle. Ubezpieczony nie wierzył w rzetelne zajęcie się nim lekarza, opłacanego groszami, zależnego od administracji, niestałego i często zmienianego.

Zasady ogólne przyczyniają się do wzmożenia wydajności pracy w tym znaczeniu, że lekarz dobrze wynagradzany, dobrze sytuowany, stabilizowany, z instytucją związany i nieprzeciążony, będzie mógł instytucji oddawać największą część swych sił i zapału. Gdy ta praca zapewni mu minimum utrzymania, nie będzie musiał szukać innych zajęć zarobkowych, a tym samym kumulować posad dla zapewnienia sobie bytu. Lekarz kumulujący posady, nie może żadnej w całości się poświęcić, a tego wymaga dobro każdej pracy. Jeżeli „Zasady ogólne", zapewniające minimum utrzymania pozwolą na to, by lekarz nie był zmuszony do kumulowania posad, to odbije się to korzystnie na zdrowiu publicznym.

Dobre warunki pracy i płacy lekarza powinny korzystnie odbić się na zdrowotności kraju, gdyż zachęcają one lekarzy do osiedlania się na prowincji i przez to do równomiernego rozdzielenia lekarzy w kraju, co jest zresztą celem i duchem ustawy o praktyce lekarskiej.

Zasady ogólne niestety nie weszły w życie. 1 IX 1939 r. wybuchła wojna i pokładane w nich nadzieje nie mogły się urzeczywistnić.

Okres okupacji minął pod znakiem teroru i bestjalstwa w stosunku do lekarzy U. S.

Okres powojenny zastał nas w innych, znacznie korzystniejszych warunkach. Mamy znowu obowiązujące „Zasady ogólne" i pełne zrozumienie ze strony Ministerstwa Pracy i Op. Społ., jakoteż Z. U. S. U. Należy tylko art. 11 „Zasad Ogólnych" zmienić o tyle, by zaopatrzyć go w odpowiedni mnożnik, by zapewnić lekarzowi minimum utrzymania, a wtedy wszelkie dodatnie strony „Zasad Ogólnych" dopiero co wymienione, wejdą w życie.

W ciężkich obecnych chwilach, kiedy na każdym kroku należy ograniczać się i oszczędzać, kiedy pewne wydatki przedwojenne stały się wprost przeżytkiem, trzeba nasze pobory doprowadzić do minimum utrzymania tzn. do wysokości conajmniej odpowiadającej średniemu wzrostowi składek ubezpieczeniowych w porównaniu z rokiem 1939. I tak np. w Krakowie mnożnik powinien być 7. Przy 7-mio krotnej podwyżce pobory pełnozatr. lekarza wynosiłyby przy stawce zł 5 na godzinę w r. 1939 zł 4,375 (godzina zł 35; przy 5-ciu godzinach zł 175 dziennie, 25 dni w miesiącu) a pobory najstarszego lekarza pełnozatr. z wszystkimi dodatkami starszeństwa zł 6,562. Zwrot za mieszkanie należałoby ustalić w wysokości 50% faktycznych wydatków na mieszkanie, opał, światło i pomoc domową, tj. na 1,200 zł. Ponadto należałoby wprowadzić zwrot kosztów za używanie instrumentarium lekarskiego w wysokości 500,— zł miesięcznie i dodać pielęgniarską siłę pomocniczą wzgl. ekwiwalent na ten cel.

Jakież są obecne wydatki na skromne utrzymanie? Przyjmując przeciętną rodzinę złożoną z 3—4 osób wydatki wynoszą:

wikt (licząc tylko 200 zł do 250 zł dziennie)	6,000— 7,500,— zł
opał, światło, mieszkanie . . .	1,500
służba	1,000
Izba lek., Tow. Lekarskie, gazeta, telefon, inne	1,500
	10,000—12,500,— zł

Jak widzimy, pobory najstarszego lekarza nie przekraczają najskromniejszych i najniezbędniejszych wydatków domowych, przy czym nie wzięto pod uwagę wydatków na ubranie, buty, a nawet na naprawki, wydatki tego rodzaju jak pranie bielizny, mydło i szereg innych codziennych, a koniecznych wydatków.

Wszystkie wydatki musiałyby być pokryte albo z oszczędności w poszczególnych wydatkach, albo z innych źródeł dochodu, jak niezhaczna praktyka prywatna, przy czym należy się liczyć ze stołówką. Poza tym należy dążyć do tego, by tak U. S. jakoteż powstający Związek poczynił starania o przydziały dla lekarzy U. S. produktów żywnościowych. Tak wyposażony lekarz byłby w przybliżeniu lekarzem w myśl obowiązujących od 1939 r. „Zasad Ogólnych". a „Zasady Ogólne" jako umowa stanęłyby na wysokości zadania, jakie spełnić winny w stosunku do instytucji lekarzy i ubezpieczonych.

Budżet U. S. pomieści odpowiedni mnożnik z uwagi na podwyższoną składkę, jak również z uwagi na rosnącą powszechność ubezp. społ., świadczenia dla ubezpieczonych wskutek tego nie ucierpią, jak się w 1939 r. obawiały tego niektóre sfery. Referent kończy wnioskiem:

Zjazd poleca Komitetowi Wykonawczemu przeprowadzenie pertraktacyj, z Z. U. S. dla ustalenia mnożnika do poborów z r. 1939.

Dyskusja:

Dr Martyński podnosi, że wkład pracy lekarzy krakowskich i lwowskich w walce o „Wytyczne do umów z Lekarzami Ub. Społ." był bardzo duży, ale także i okręgi zachodnie wniosły dużo w tę walkę, czego najlepszym dowodem jest to, że ostatecznie wywalczone „Zasady ogólne" choć nie idealne stały się możliwe do podpisania przez Związki Lekarskie.

Dr Stefański przypomina swoją pracę w uzgadnianiu wytycznych. Załamania w układaniu wytycznych były wynikiem braku organizacji świata lekarskiego. Żąda zrównania lekarzy z innymi pracownikami, odnośnie do różnych świadczeń. Lekarz za swoją pracę powinien otrzymać wynagrodzenie, za które mógłby wyżyć.

Imieniem lekarzy warszawskich dr Wilczyński żąda specjalnych dodatków dla lekarzy, pracujących w Ubezp. Warszawskiej, ze względu na szczególne straty jakie ponieśli lekarze warszawscy.

Kol. Hanke w krótkim referacie przedstawia stosunki panujące na Śląsku: Związek Zawodowy Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego zawarł dnia 15 VIII 1945 r. umowę z Komisarzem Organizacyjnym Ubezpieczalni Śląskich, działającą wstecz od dnia 1 IV b. r. Umowa ta jest umową „o dzieło" i obowiązuje Ubezpieczalnię Katowicką, Chorzowską, Rybnicką, Tarnogórską, Bytomską, Zabrską, Gliwicką i Opolską, liczące razem koło 300.000 członków. Zakład Ubezpieczeń w Łodzi zatwierdził tę umowę. Po jej myśli oddają wspomniane Ubezpieczalnie 20% wpływów składkowych z ubezpieczenia chorobowego do Biura Rozliczeń Związku Lekarzy. Biuro to rozdziela tę kwotę między m. w. 250 lekarzy proporcjonalnie do ilości kart porad

uzyskanych przez nich, przy czym wartość punktowa kart porad obniża się przy większych ilościach do $^1/_5$. Nadto punktuje się poważniejsze zabiegi, wyjazdy, stan rodzinny, a niebawem i wysługę lat. Karta porady jest ważną na przeciąg bieżącego kwartału kalendarzowego. Ogranicza ona w tym terminie istniejący wolny wybór lekarza. Umowa ma strony dodatnie i ujemne.

Do pierwszych należy zaliczyć to, że zadowala ubezpieczonych, którzy udają się do tych lekarzy, do których mają zaufanie (związki robotnicze domagały się radykalnie utrzymania wolnego wyboru lekarza, istniejącego na Śląsku od r. 1918), a przez istniejącą konkurencję podnosi wybitnie poziom lecznictwa. Ujemną stroną jesz to, iż system ten zmniejsza w znacznym stopniu praktykę prywatną, bo nie wytwarza niezadowolonych, a dalej, iż lekarz pokrywa z wynagrodzenia podatek i koszta własne (leczenie odbywa się w gabinecie prywatnym).

Przeciętny dochód lekarza brutto wynosił w III kwartale złotych 2.000.— miesięcznie.

Dr Jędruszek podaje stan zarobków lekarzy w Białostockim. Wyjaśnia, że praca tam trudna, a płaca za mała. Płacą im 15,— zł za godzinę pracy, nie dostarczają środków lokomocji. Lekarze muszą przyjmować chorych poza godzinami przyjęć bez specjalnego wynagrodzenia i wykonywać zabiegi; domaga się podwyżki. Ub. Społ. krzywdzi tamt. lekarzy, — stąd niektórzy porzucają pracę. Lekarze powinni korzystać również z przydziałów aprowizacyjnych i tekstylnych.

Dr Jaruzelska uzupełnia sprawozdanie dra Jędruszka o U. S. białostockiej. Lekarze nie mają warunków bytu. Mówczyni ma np. obsłużyć 20.000 ubezpieczonych i za to jako jedyna specjalistka pobiera 700—800 zł mies. Wskutek tego wraz z rodziną żyje dosłownie w nędzy i nie może sprawić sobie nawet bucików. Nie pozostaje jej nic innego, jak rzucić Ubezpieczalnię z konieczności, o czym zresztą myślą i inni lekarze. Inne instytucje płacą wielokrotnie więcej (np. 125,— zł za godzinę). Chociaż nie chciałaby porzucać pracy w U. S. będzie to jednak musiała uczynić. Związek powinien wzrócić się do władz ubezpieczeniowych, aby nad tą sytuacją się zastanowiły i pomyślały o skutkach takiego stanu rzeczy. Wielu lekarzy już odeszło i wielu jeszcze odejdzie. Mówczyni prosi i żąda podniesienia płac do wysokości bardziej proporcjonalnej do cen artykułów spożywczych, oraz świadczeń rzeczowych, które otrzymuje cała administracja ubezpieczeniowa, nie wyłączając pomywaczek i woźnych. Nie otrzymują nic tylko lekarze, którzy wszystko z siebie oddają dla pracy społecznej.

Dr Stawiński — lekarz naczelny Z. U. S. stwierdza, że stosunki w Białymstoku nie są jeszcze uregulowane. Ze strony Z. U. S. podjęta została inicjatywa poprawy bytu lekarzy. Jednak składka ubezpieczeniowa wzrosła tylko 4—5 krotnie, a wydatki, choćby tylko na lekarzy i szpitale, wynoszą często 70% a nawet 80% (są przypadki że 90%). Wpływ składek nie odpowiada zupełnie potrzebom. Władze jednak z całym zrozumieniem podejmą dyskusję nad poprawą bytu lekarzy.

Dr Mąkowska (Poznań) Poznań cytuje inny mnożnik, a mianowicie „20", przyjęty w Poznaniu jako obowiązujący dla praktyki prywatnej. Dla instytucji państwowych i samorządowych mnożnik wynosi 10 i ten chcemy zaproponować. Za gabinet i pomoc proponowalibyśmy 500,— zł z tym, że resztę dopłaca lekarz. Kwartalna karta porady od pacjenta 30,— zł.

Dr Breyer (Włocławek). Chodzi nam nie tylko o kieszeń własną, ale w Ubezpieczalni są stosunki takie, że lekarzy jest 30 a urzędników administracyjnych 70. Za taką płacę, jaką otrzymuje lekarz, w ogóle nie opłaca się praca, ale lekarze pracują dalej ze względów czysto społecznych. Wprowadzono teraz instytucję lekarzy fabrycznych. Kierownik przychodni dostaje 900—1,000,— zł. Fabryka płaci 3,000 zł za pracę 2 godzinną, inna 4,000 zł. Lekarze U. S. jednak pobierają nadal swoje głodowe płace. Apteki biorą ogromne sumy za leki, lekarz dostaje ochłapy. Stawka za godzinę pracy we Włoclawku wynosi 12 zł.

Dr Jäger (Kraków). Lekarze U. S. pracujący w szpit. Narutowicza nie uczestniczą w przydziałach żywnościowych i tekstylnych, jakie otrzymują pracownicy administracyjni. Takie ustosunkowanie się władz ubezpieczeniowych musi ulec zmianie. Pobory najniższego pracownika szpitalnego przekraczają dwukrotnie płace asystenta szpitalnego.

Dr Chęciński (Łódź). Na 133.000 ubezpieczonych jest w U. S. zaledwie 46 lekarzy domowych. W chwili wyjścia okupantów było ich 80. Stawka wynosiła 150 zł za godzinę w stosunku miesięcznym, potem 300. Potem zaczęła się kampania Związku. Stawka podniosła się do 600 zł w stosunku miesięcznym, co przy 5 godzinnym zatrudnieniu wynosiło 3000 zł. Za mieszkanie dodatek tylko 150 zł. Lekarze zaczęli w Łodzi uciekać z U. S. Będziemy proponować system lecznictwa z dopuszczeniem wszystkich lekarzy łódzkich do pracy w U. S. z tym, że z pracy w U. S. mogą być zwolnieni tylko ci lekarze, którzy wykażą, że dotychczasowy ich wkład w pracę społeczną jest dostateczny, aby ich zwolnić.

Dotąd U. S. płaci 4—5% na lekarzy. Jeżelibyśmy zastosowali reorganizację w powyższym sensie i zażądali 20%, wówczas rozporządzalibyśmy funduszami, któreby poprawiły warunki finansowe lekarzy, a równocześnie mielibyśmy wolny wybór lekarza dla robotników. Obecnie pacjenci nieraz po 3 dni czekają na wizytę lekarską.

Dr Schimmer (Chrzanów). Na Śląsku są lekarze, którzy zarabiają 12—14,0000 zł. W tym samym Zagłębiu Przemysłowym warunki egzystencji młodych lekarzy (a młodych jest 90%) są takie, że uposażenie specjalisty wynosi 1250, lekarza domowego 2200 zł za 5 godzin pracy. Tuż obok w Mysłowicach sprawa wygląda zupełnie inaczej. Gdyby się przestrzegało tego minimalnego procentu (11,5% przypisu), byłoby inaczej. Wpływy Ubezpieczalni wynoszą 1,000.000, a pobory lekarzy nie przekraczają 5%. Przy 11,5% byłyby 2 razy wyższe. Przy 15—20% warunki egzystencji lekarzy stałyby się możliwe. Mnożnik proponowany przez kol. Bibersteina nie załatwia sprawy minimum egzystencji. 4.000,— zł nie rozwiązuje egzystencji lekarza. Wydatki rze-

czowe w wysokości 1200,— zł to nie wystarczy. W Chrzanowie Koledzy z ośrodków górniczych twierdzili, że do wydatków rzeczowych dokładają całą pensję lub jeszcze więcej. Dla nas pojęcie praktyki prywatnej nie istnieje. Jesteśmy związani tylko z U. S. i tylko z tego żyjemy. Analizowaliśmy wydatki rzeczowe (np. czynsz 200 zł, światło wg rachunków przez nas płaconych po 10 zł za kilowat, tj. 200 zł, opał 600 zł za tonę, itd. Frekwencja dzienna pacjentów dochodzi do 100. Musi więc być obsługa; utrzymanie jej 1000 zł, podatek 300 zł. Siła pomocnicza musi być. Za to U. S. nic nie zwraca. Musi być również telefon, potrzeba środków czystości. Wszystko to daje około 2200,— zł a nie 1200,— zł, jak podaje dr Biberstein. Nie tylko lekarzom kosztów tych się nie zwraca, ale nawet nie spotykają się z najmniejszym uznaniem. Na terenie związków zawodowych lekarzy ustawicznie się atakuje. Na jednym z tego rodzaju zgromadzeń dyrektor powiedział, że lekarze sabotują. To była oczywiście woda na młyn związków zawodowych. Musieliśmy dopiero sprawę wyjaśniać i wyjaśniliśmy. Brak nam środków lokomocji. Urzędnicy dostają stołówki (500,— zł dopłaca U. S. a 500,— zł ZUS). Lekarze tego nie otrzymują.

Na wniosek kol. Liwszyca-Tomasika uchwalono zamknąć listę mówców z uwzględnieniem zapisanych do głosu.

Dr Śnieżko (Tarnów). Wszystko wynika z wadliwej konstrukcji Ub. Sp. Gdzie dyrektorami Ubezpieczalni są lekarze, tam sprawa wygląda lepiej. Tam gdzie cała praca opiera się na lekarzach, tam powinni oni mieć głos decydujący. Dyrektorem powinien być lekarz, a wicedyrektorem urzędnik administracyjny. Tymczasem urzędników jest trzy razy tyle co lekarzy. W ubezpieczalni tarnowskiej lekarzy jest 30 a urzędników administracyjnych ponad 70. Decydują o wszystkim urzędnicy, którzy mają wszelkie korzyści, a lekarzom odmawia się nawet stołówki. Wróciłem po 4 latach obozu koncentracyjnego i z biedą uzyskać zdołałem stołówkę zaledwie na 3 tygodnie. Lekarz powinien korzystać ze świadczeń rzeczowych, otrzymywać rekompensatę za niewyzyskany urlop, zwroty za gaz, światło itd. Nie może być gorzej traktowany od pracowników administracyjnych.

Dr Stawiński (Bielsko). Lekarze są przeciążeni pracą. Brak jest w tym kierunku jakiejkolwiek normy, ilu pacjentów ma przyjąć lekarz ogólny i specjalista. Bielsko jest za unormowaniem na 6 pacjentów w godzinie u specjalisty, 8 pacjentów u lekarza ogólnego. Wizyty domowe: 3 chorych w ciągu 2 godzin. Wskutek przeciążenia lekarze wielu zabiegów nie mogą robić w domu i robić je trzeba w szpitalu. Tacy pacjenci kosztują ubezpieczalnię b. wiele. Gdyby U. S. ustaliła minimum honorarium za zabiegi w domu lekarza, toby na tym jedynie zyskała. Należy uregulować sprawę służby pomocniczej. Lekarze nie mogą sprzątać ani gotować. Podwyżka dochodów U. S. jest iluzoryczna, bo powstała dzięki wyższym poborom robotniczym w gotówce, a nie uwzględnia poborów w naturze. Należy apelować do Mtwa Pracy i Opieki Społ. o podwyższenie składek ubezpieczeniowych.

Dr Grynberg (Dyr. Depart. Org. Mtwa Zdrowia). Przewodniczący Prezes dr Gołąb słusznie podkreślił w swoim przemówieniu powitalnym, że jest to pierwszy ogólno-krajowy zjazd lekarzy ubezpieczalnianych. Jest to wyraźne znamię ducha czasu. Sprawa poprawy bytu lekarzy ubezpieczalnianych nie da się rozstrzygnąć partykularnie w ramach jednej ubezpieczalni, a nawet w ramach wszystkich ubezpieczalni. Musi być w Państwie stosowana jednolita polityka płac, czego dowodem są głosy w dyskusji. Lekarze ubezpieczalni na zachodzie są lepiej opłacani niż na wschodzie. Stąd odbywa się wędrówka na zachód, gdzie jest nadmiar lekarzy. a ubezpieczalnie białostockie są ich pozbawiona. Na tym samym terenie znajdują się instytucje, które prowadzą między sobą jakby konkurencję, wychwytując sobie wzajemnie lekarzy. Z tego powodu najczęściej poszkodowane są te instytucje pomocy lekarskiej. które jej najbardziej potrzebują. Sprawa braku lekarzy w województwie białostockim nam w Ministerstwie leży bardzo na sercu. Załatwienie jej wymaga bardzo radykalnych i generalnych cięć.

Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia została powołana przy centralnej komisji Związków Zawodowych komisja dla reorganizacji lecznictwa ubezpieczeń społecznych. Ja osobiście wraz z siedzącym tutaj przedstawicielem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej dr Modlińskim mamy zaszczyt do niej należeć. Sprawy poruszone przez Kolegów były już rozpatrywane na tej komisji i znajdują najszerszy oddźwięk.

Dr Grodecki (Warszawa). Sytuacja lekarzy jest zła także i dlatego, że niema kto przeprowadzić jednolitej organizacji lecznictwa przez podporządkowanie się ustawie ubezpieczeniowej. Każdy tworzy własne organizacje lecznictwa. Umowy zasadnicze nie są przez U. S. wykonywane, bo procent na lekarzy jest dowolnie traktowany przez U. S. Winą złej sytuacji ubezpieczalni społecznych jest, że ubezpieczenie chorobowe nie jest właściwie przymusowe, bo obok ubezpieczalni powstają inne organizacje lecznictwa. To powoduje mniejszy przypis składek. Kto powinien dopilnować, aby umowy były wykonywane? Organizacja lekarska i ZUS. Lekarz pozbawiony warunków egzystencji musi kumulować posady; a wtedy nie może poświęcać się ubezpieczalni.

Musimy podkreślić w naszych uchwałach, że stoimy na gruncie przymusowości ubezpieczenia chorobowego. Umowa musi być powszechnie wykonywana. Zgłasza dla Zarządu Głównego następujący dezyderat:

Zjazd Lekarzy U. S. w Polsce żąda: 1) aby przymus ubezp. społecznych był powszechny i aby zakazane zostało tworzenie innych postaci pomocy lekarskiej dla pracowników najemnych, 2) aby składki ubezpieczeniowe były przez wszystkich pracodawców wpłacane w ustawowym terminie, niezależnie czy pracodawcą jest Państwo, osoba prywatna, czy inna osoba prawna, 3) aby lekarze Ubezpieczalni zatrudnieni na zasadzie umowy byli przy korzystaniu ze

świadczeń rzeczowych zrównani z pracownikami innych kategorii.

Dr Starzyński (Sosnowiec). Z tego co było mówione wynika, że ZUS o tej rozpaczliwej sytuacji nie był poinformowany. Ubezpieczalnia skłonna była podnieść uposażenia, lecz tłomaczyła się, że ZUS nie pozwala. Zwrócić się tedy trzeba odrazu do ZUS, aby polecił doraźnie podnieść uposażenia.

Dr Hodunko (Krosno). Posiada gotową tablicę uposażeń. Lekarz domowy za 1 godz. 125 zł miesięcznie plus 200 zł dodatku. Specjalista 150 zł plus 200 zł dodatku. Do tego triennia. Starszy dostaje 1000 zł. Stołówki się nie dostaje, ani przydziałów. Front trwał w Krośnie 6 miesięcy. Wszyscy zostali zrujnowani. Nie mamy żadnych gmachów dla U. S. Wszyscy się wysprzedajemy do reszty. Przyjmujemy honorowo repatriantów, ale nikt tych rzeczy nie docenia. Jeżeli się płaci aptekom pełne taksy, to dlaczego nie płaci się lekarzom? Na pocieszenie należy stwierdzić, że jednak autorytet lekarzy wybitnie się u ludności poprawił. Ubezpieczeni jednak doceniają pracę lekarzy. W Krośnie jest 25 lekarzy. Trudną jest sprawa obsadzenia Dukli. Trzeba temu lekarzowi coś za osiedlenie się dać, bo tam jest kupa gruzów. Prywatnie tam niczego nie zarobi.

Dr Paszkiewicz (Kielce). Przedstawia te same stosunki co gdzieindziej. Różne działy lecznictwa zaczynają obumierać z powodu braku lekarzy.

Dr Janusz (Gdańsk-Gdynia). Dotąd nikt nie poruszył sprawy wynagrodzenia specjalistów. Lekarze gdyńscy są rozrzuceni w zniszczonym mieście bez komunikacji. Odwiedzają pacjentów w odległościach po 3—4 km. Należy im przyznać zwrot kosztów.

Należy wybrać Komisję dla opracowania tych wszystkich wniosków. Odczytuje wniosek Gdańska i proponuje do komisji dra Chęcińskiego, Jaegera, Szymczaka, Grodeckiego itd.

Dr Garbień (Chorzów). Zawiązała się sekcja lekarzy szpitalnych. Cośmy uzgodnili, pokrywa się z uchwałami okręgu gdańskiego i łódzkiego, mianowicie kwestia godzin (ordynator 1,000,— zł) godz. a dla administracyjnego plus 1 godzina administracyjna, razem 5 godzin = 5000,— zł plus 1000,— zł za administrację.

Dr Martyński (Warszawa). Wszyscy się zgadzają z tym, że lekarze są płatni źle. Lecz stwierdza się w przemówieniach cały szereg niezrozumiałych rzeczy. Jeden mówi o „chlebodawcach" więc miałby to być stosunek najmu pracy, w innych terenach mówi się o umowie o dzieło, w innych o wolnym wyborze. Te różnice były zawsze. Dziś tego tu nie rozstrzygniemy. Musimy to przekazać Związkowi Lekarzy U. S. Ubezpieczalnie należy nie tylko odbudować, ale przebudować. Lekarz musi mieć przynajmniej 90% głosu w sprawach lecznictwa. Z drugiej strony Ubezpieczalnie muszą się trzymać w ramach budżetów. Dlatego wniosek o podniesienie 5 czy 7 razy mnożnika, 1000,— zł za godzinę czy inaczej, tego uchwalać tu nie można, bo to są wnioski terenowe, lub niewystarczające. Musimy uzyskać minimum egzystencji. Możemy ustalić 6 czy 12,000 i w tych granicach stawiać wnioski. Plan przedstawiciela Mtwa Zdrowia co do ujednolicenia wynagrodzeń może być dla jednego miejsca dobry, dla innego zły. Ujednostajnić płac teraz nie można i przegłosowywać takich wniosków teraz się nie da.

Trzeba to przekazać Zarządowi Związku. Powinien on dążyć do reaktywowania Rad lekarskich, które mają mieć głos w lecznictwie. Rady Lekarskie muszą dla każdéj Ubezpieczalni opracować ilość etatów.

P. Modliński (Dyr. Dep. Mtwa Pracy i O. S.) W czasie dyskusji wydawało mi się chwilami, jakbym siedział na cenzurowanym. Wygląda tak, jakby nierównomierności te i nędza lekarzy były wynikiem niedoceniania pracy lekarzy przez administrację. Nie mam tego wrażenia. Raczej wynika to z faktu, że jesteśmy ciągle w fazie organizacji. Są instytucje, które wydają 180% i 190% normalnego przypisu. Gospodarka Ubezpieczalni jest w zupełnym chaosie. Niezbędne są duże inwestycje i remonty. Cały szereg przedsiębiorstw zalega ze składkami. Zdarzają się też zjawiska niedbalstwa, lecz to nie jest zjawiskiem powszechnym. Wydaje mi się, że cały szereg ujemnych stron wynika z przyczyn natury obiektywnej. Jestem optymistą. Zaległości składkowe dadzą się zrealizować w dużym procencie. Ministerstwo nie dopuści, aby lekarze byli traktowani gorzej. Co do wysokości wynagrodzeń, to trudno o tym mówić. Siedzimy wszyscy na tej samej gałęzi. Mtwo już samorzutnie podjęło akcję i realna poprawa niebawem nastąpi.

Dr Biberstein (Kraków). Dyskusja wykazała, jak potrzebny był Zjazd i zawiązanie organizacji lekarskiej. Wszystkie wypowiedziane dezyderaty w przyszłym Komitecie wykonawczym znajdą swoje ujęcie. Wszystko opracuje się stosownie do warunków w danej miejscowości.

Proszę, aby Zjazd uchwalił mój wniosek.

Dr Chęciński przemawia za uchwaleniem wniosku dra Bibersteina dopiero po przedyskutowaniu form organizacyjnych lecznictwa i odsunięciem głosowania na 2-gi dzień Zjazdu.

Dr Gołąb zauważa, że wniosek dra Bibersteina nie sprzeciwia się wnioskowi łódzkiemu.

W dyskusji podnoszono % przypisu, a nie mnożnik.

Dr Biberstein uzasadnia mnożnik jako bezwzględnie konieczny.

Dr Magalif: całą reformą powinien się zająć Związek Prac. Sł. Zdrowia. W Łodzi jesteśmy stale atakowani, że tylko myślimy o sobie. Dlatego wniosek należy odłożyć do dnia jutrzejszego, aż przedyskutujemy formy organizacji lecznictwa.

Dr Gołąb: Zwołaliśmy Zjazd Lekarzy Ubezp. Społ. a nie Pracowników Służby Zdrowia. Chcemy się zastanowić nad położeniem we własnym gronie. Stosunek nasz do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia nie należy do tematu i tego dyskutować na tym zebraniu nie będziemy. Wśród Pracowników Służby Zdrowia są takie zawody, któreby sobie wyprosiły chęć zastanawiania się z naszej strony nad ich bytem.

Wniosek o odłożenie głosowania nad wnioskiem dra Bibersteina na dzień następny upadł w głosowaniu.

Wniosek dra Bibersteina w brzmieniu:

„Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych opierając się na „Zasadach Ogólnych Umów między Ubezpieczalniami Społecznymi a Lekarzami poleca Zarządowi Głównemu Z. L. U. S. (Wydziałowi Wykonawczemu) przeprowadzenie pertraktacji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych dla ustalenia mnożnika do poborów z roku 1939" uchwalono przy 8-miu głosach wstrzymujących się.

Następnie wygłasza referat dr Gołąb pt.:

Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

W kilka dni po powstaniu Okręgowej Komisji Związków Zawodowych w Krakowie zgłosiłem się z chęcią zarejestrowania Związku Lekarzy Kas Chorych do tejże Komisji. Jakież było moje zdziwienie, kiedy spotkałem się odrazu z koszem i wyraźnym daniem mi do zrozumienia, że w Związku takim jak Z. L. K. Ch. czy w ogóle Z. L. mogą się kryć elementy faszystowskie i reakcyjne, że Związki mogą mieć tylko charakter Związków pionowych. Natychmiast zorientowałem się, że poczciwi ci ludzie obdarzeni najlepszymi chęciami służenia nowej demokratycznej ojczyźnie nie orientują się w ruchu zawodowym lekarskim. Ale czyż mogłem im mieć to za złe, skoro większość biernej lekarskiej masy też się w tym ruchu nie orientuje?

Pokrótce przypomnę, że w r. 1939 świat polski lekarski znajdował się w kompletnym rozbiciu i rozproszeniu. Z. L. P. P., ta najsilniejsza kiedyś organizacja, rozpadła się. Solidarność świata lekarskiego prysła jak bańka mydlana. Prądy, które wtargnęły do nas z zachodu, wprowadziły w 1937 r. „Paragraf aryjski" do Z. L. P. P. i spowodowały kompletne, rozbicie Związku. Pierwszy odpadł Zw. L. K. Ch. a w 1938 r. Zrzeszenie Lekarzy U. S. w Warszawie wypowiedziało też Z. Ł. P. P. swoją umowę fuzyjną.

Tworzy się demokratyczne Zrzeszenie Lekarzy R. P.

Z błyskawiczną szybkością nastąpiło rozbicie Związku. Jakże długo trwało scalenie świata lekarskiego w jeden Związek, które po mozolnych rokowaniach doszło do skutku we wrześniu 1932! W „Nowinach Społ. Lekarskich" po połączeniu obu związków zabrzmiały słowa triumfu:

„Przyłączenie się Związku Lekarzy Kas Chorych do Związku Lekarzy Państwa Polskiego realizuje pragnienie tych wszystkich wśród nas, którzy uważają za warunek niezbędny działania skutecznego mas lekarskich w obecnych ciężkich warunkach bytu — jedność organizacyjną.

Obecnie można powiedzieć śmiało, że polski lekarski świat pracowniczy jest zjednoczony zawodowo. Ten kto liczył na jego rozbicie dotąd, na przeciwieństwa w jego szeregach — będzie zawiedziony. Jako lekarze stanęliśmy w jednych szeregach od Gdyni do Zaleszczyk, od Szczawnicy do Pińska i Baranowicz. Pójdziemy odtąd pod wspólnym sztandarem: najsprawniejszej organizacji pracy w polskim zawodzie lekarskim, obrony interesów lekarskich, obrony instytucji, w których pracujemy, wysokiego poziomu lecznictwa, higieny publicznej i dobra kraju.

Dlatego też, pisząc o tym zjednoczeniu obu naszych związków, musimy wyrazić publicznie uznanie tym, którzy przeprowadzili to doniosłe dzieło, w szczególności wielce szanownym kierownikom Związku Lekarzy Kas Chorych, obecnemu prezesowi Związku dr med. Walichiewiczowi, b. prezesowi dr Danielskiemu, prezesowi Okręgu krakowskiego dr med. senatorowi Kaplickiemu i sekretarzowi gen. Związku dr med. H. Landauowi".

Niecałe 5 lat trwała ta jedność i harmonia. W r. 1937, jak już mówiłem, skończył się jednolity front lekarski.

Na walnym zebraniu Z. L. P. P. 9 V 1937 przeszedł wniosek: Zmienić § 7 statutu przez dodanie słów: „Członkiem Z. L. P. P. nie może być lekarz żyd". A potem, gdy wniosek ten przeszedł na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu w Poznaniu 17 X 1937 uzyskał już inne brzmienie: jako słynny „paragraf aryjski" (§ 7): „Członkiem zwyczajnym Związku może być lekarz, obywatel Rzeczypospolitej Polskiej, chrześcijanin z urodzenia. Lekarza nie odpowiadającego powyższym warunkom może przyjąć do Związku jedynie Wydział Wykonawczy Zarządu Głównego na wniosek Zarządu właściwego Oddziału".

Zarząd Główny Związku Lekarzy Kas Chorych rozwiązał natychmiast umowę fuzyjną i uzyskał aprobatę swojej uchwały:

„Zjazd delegatów Związku Lekarzy Kas Chorych przyjmuje do wiadomości rozwiązanie umowy fuzyjnej ze Zw. L. P. P. i krok ten uważa za konieczną konsekwencję obrony naczelnej zasady związku zawodowego, zaś najpilniejszy za postulat dnia uważa zjednoczenie wszystkich lekarzy pracujących w Ubezpieczeniach Społecznych w jedną organizację zawodową, która by się stała równocześnie zawiązkiem ogólnego Związku Związków Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej".

Marzenia te jednak nie spełniły się. Do września roku 1939 nie udało się zwołać ogólnopolskiego zjazdu. Mimo to na pochwałę świata lekarskiego muszę powiedzieć, że rozbity na drobne organizacje prowadził nadal solidarnie pertraktacje z Z. U. S. Dużą rolę w tych pertraktacjach odegrała Naczelna Izba Lekarska, której delegat przewodniczył rokowaniom, co dawało pozór jednolitości dążeń i żądań wszystkich lekarzy w Polsce.

Nie mogę w tym miejscu nie wspomnieć o zasługach Naczelnego Dyrektora Z. U. S. dra Tadeusza Dyboskiego, którego ambicją było doprowadzenie do końca rokowań przeciągających się od 5 lat.

Wreszcie „Zasady Ogólne Umów" zostały sfinalizowane i podpisane w lutym 1939. Umowy przed wojną zostały zawarte i podpisane. Podczas okupacji niemieckiej umowy w zniekształconej formie przetrwały okupację. Po odejściu niemców wróciliśmy do starych umów.

Wynagrodzenie jednak nie odpowiadało warunkom walutowym, które się wytworzyły po uzyskaniu niepodległości.

Dlatego też Z. U. S. wprowadził mnożnik 3. Po paru miesiącach mnożnik 3 stał się iluzją, jeszcze większą iluzją stało się wynagrodzenie za lokal, który lekarz domowy — a często i specjalista — oddaje do dyspozycji U. S.

Z. U. S. zrozumiał tą i dąży do korrektury części cennikowej umowy.

Organizacje lekarskie, pojedyncze okręgi Z. L. P. P., tak Z. L. K. Ch. jak i Zrzeszenie Warszawskie, zażądały podwyżki.

„Nie należy zapominać o tym, że o umowie pracy wtedy dopiero w ogóle może być mowa, gdy istnieje organizacja biorąca jakiś udział w zawarciu umowy, dopóki bowiem pojedynczy robotnik (czytaj: lekarz) staje wobec samowolnie dyktowanych warunków kapitału, musi przyjmować pod grozą zagłady, jednostronnie narzuconą wolę przedsiębiorcy" Przytoczyłem cytat z książki Auerbacha pt. „Związki Zawodowe w teorii Marxizmu i w praktyce społecznej".

Jedyną organizacją, która może zawierać umowy jest Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych. Chcę w tym miejscu przypomnieć § 3 art. 2 „Zasad" który brzmi:

„Ubezpieczalnia zawiera umowę zbiorową z miejscową zawodową organizacją lekarzy.

Jeżeli miejscowa organizacja zawodowa nie zrzesza większości lekarzy, albo jeżeli lekarze należą do więcej niż jednej organizacji, a zawarcie umowy zbiorowej w przeciągu sześciu miesięcy okaże się niemożliwe — ubezpieczalnia zwróci się do właściwej Izby Lekarskiej, która wskaże, z jakimi organizacjami powinna być zawarta umowa".

Po zapoznaniu się z kilkoma statutami doszedłem do przekonania, że najlepiej odpowiada obecnej chwili przedwojenny statut „Związku lekarzy Kas Chorych" który z małymi modyfikacjami i ze zmianą nazwy odczytam:

STATUT
Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 1. Nazwa Związku:
Stowarzyszenie nosi nazwę: Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

§ 2. Cel i działalność Związku:
Celem Związku jest organizowanie lekarzy Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych i obrona ich interesów zawodowych, popieranie rozwoju ubezpieczeń społecznych w zakresie ochrony zdrowia publicznego oraz utrzymanie swych członków na wysokim poziomie etycznym, społecznym, a w szczególności przez:

I. a) porozumiewanie się nad środkami, zmierzającymi do uchylenia istniejących lub wyłaniających się niedomagań w kwestiach, dotyczących stanowiska lekarzy w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych;
b) współdziałanie z innymi Związkami Zawodowymi o pokrewnych celach;
c) utrzymanie lecznictwa w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych na wysokim poziomie, odpowiadającym stanowi nauki lekarskiej i jej praktycznemu zastosowaniu;
d) urządzanie zjazdów, odczytów, zebrań naukowo-dyskusyjnych, kursów dokształcających, utrzymywanie bibliotek i czytelni, popieranie i wydawanie pism, książek, dotyczących zagadnień społeczno-lekarskich i medycyny, oraz wydawanie własnego organu.

II. Utrzymywanie wysokiego poziomu etycznego stanu lekarskiego, oraz pielęgnowanie idei koleżeństwa między członkami.

III. Zastępowanie spraw zawodowych i ekonomicznych członków oraz zawieranie umów zbiorowych, normujących prawa i obowiązki, warunki pracy i płacy lekarzy.

IV. Wydawanie dla Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych opinii w sprawach lecznictwa i profilaktyki.

V. Zakładanie kooperatyw, letnisk, Kasy Samopomocy dla członków oraz dla wdów i sierót po członkach tego Związku.

VI. Zakładanie Okręgów Związku, Kół Związku i mianowanie mężów zaufania Związku z zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych o stowarzyszeniach.

§ 3. Siedziba, teren działalności i prawa Związku: Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych rozciąga swą działalność na cały obszar Rzeczypospolitej Polskiej. Siedzibą Związku jest Kraków.

§ 4. Związek jest osobą prawną, może posiadać majątek nieruchomy i może zawierać wszelkie umowy przez prawo przewidziane. Związek może się łączyć z innymi organizacjami o podobnych celach, działającymi w kraju lub zagranicą, na platformie równości.

§ 5. Związek wzgl. jego filie tj. Okręgi i Oddziały używają pieczęci:
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych,
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Okręg
. . . .
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział
. . . .

§ 6. Fundusze Związku:
Na fundusze Związku składają się:
1) a) składki członków, których wysokość uchwala Zjazd Delegatów,
b) dary i zapisy na rzecz Związku,
c) opłaty za korzystanie z instytucji Związku,
d) odsetki od kapitałów Związku,
2) Fundusze dzielą się na:
a) kapitał zapasowy,
b) kapitał obrotowy,
c) Kapitały specjalne.

ad a) Kapitał zapasowy tworzy się z kwot, przeznaczonych na ten cel przez Zjazd Delegatów.

ad c) Kapitały specjalne powstają z darów oraz zapisów i funduszów, przeznaczonych przez Zjazd Delegatów i mogą być użyte tylko na cele specjalne.

§ 7. Prawa i obowiązki członków:
Członkowie Związku są zwyczajni i honorowi:

Zwyczajnym członkiem Związku może być każdy lekarz (lekarka), zajęty w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych. Członek, który przestaje być lekarzem Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, może nadal pozostać członkiem Związku.

Godność członków honorowych przyznaje na wniosek Zarządu Zjazd Delegatów lub Walne Zgromadzenie Okręgu większością $^2/_3$ głosów obecnych.

§ 8. Zwyczajnych członków przyjmuje na wniosek, Zarządu Oddziału Zarząd Okręgu większością głosów a zatwierdza Zarząd Główny Związku. Zarząd Okręgu

może odrzucić zgłoszenie bez podania powodu. Nieprzyjętemu przysługuje prawo odwołania się do Zarządu Głównego, a w ostatniej instancji do Zjazdu Delegatów. Członek Związku może wystąpić ze Związku dobrowolnie za półrocznym, pisemnym zawiadomieniem Zarządu Oddziału. Zarząd Oddziału ma prawo wykreślić z listy członków Związku zalegającego w zapłacie składek przez rok.

Zgłoszenie wystąpienia i wykreślenia z listy członków nie uwalnia występującego lub wykreślonego od zapłacenia składki za rok, w którym zgłosił wystąpienie lub został wykreślony, oraz zaległości za lata poprzednie.

§ 9. Zarząd Główny Związku może wykluczyć członków, którzy nie spełniają obowiązków członka, nie stosują się do przepisów statutu lub działają przeciwko dobru i powadze Związku i stanu lekarskiego. Wniosek na wykluczenie mogą przedłożyć Zarządowi Głównemu Zarządy Okręgów lub Oddziały na mocy uchwały powziętej większością $^2/_3$ głosów. Od tej uchwały przysługuje wykluczonemu prawo odwołania się do Zjazdu Delegatów.

§ 10. Członkowie mają prawo:

a) wyboru i wybieralności na Walnym Zgromadzeniu Oddziału i Delegatów na Walne Zgromadzenie Okręgu,
b) korzystanie z wszystkich urządzeń Związku,
c) odwoływanie się od uchwał Zarządu Okręgu do Zjazdu Delegatów z tym jednak zastrzeżeniem, że wszelkie zażalenia wniesione być muszą najpóźniej na 14 dni przed Zjazdem Delegatów,
d) zwoływanie posiedzeń Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Okręgu na żądanie $^1/_3$ członków Związku.

§ 11. Członkowie są obowiązani: brać udział w posiedzeniach i zgromadzeniach Związku, stosować się do przepisów statutu, regulaminów i zarządzeń Władz Związku oraz wyroków Sądu Koleżeńskiego, płacić regularnie składki i przyczyniać się do spełnienia celów Związku i jego rozwoju.

§ 12. Władzami Związku są:

I. Zjazd Delegatów,
II. Zarząd Główny Związku i Wydział Wykonawczy,
III. Sąd Koleżeński,
IV. Komisja Rewizyjna.

§ 13. Zjazd Delegatów: w skład Zjazdu Delegatów wchodzą:

1) członkowie Zarządu Głównego i delegaci wybrani na Walnych Zgromadzeniach Okręgów i samodzielnych oddziałów po jednym na każdych 50-ciu członków z głosem decydującym,

2) 2 członków Komisji Rewizyjnej i prezydjum Zarządów Okręgów z głosem doradczym.

Zjazd Delegatów jest najwyższą instancją we wszystkich sprawach Związku. Zwyczajny Zjazd Delegatów odbywa się raz na rok w pierwszym półroczu w miejscu oznaczonym przez Zjazd poprzedni.

Nadzwyczajny Zjazd Delegatów zwołuje się na żądanie Zarządu, Komisji Rewizyjnej lub $^1/_3$ części delegatów. W ostatnim wypadku musi być cel i motywy zwołania podane na piśmie Zarządowi Związku. Zjazd musi być zwołany do 4 tygodni od dnia otrzymania pisma.

O terminie Zjazdu Delegatów mają być Delegaci zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 14 dni przed terminem.

Do ważności uchwał Zjazdu Delegatów potrzebna jest obecność przynajmniej połowy wszystkich delegatów. Gdyby dla braku kompletu Zjazd Delegatów odbyć się nie mógł, ważnymi są wówczas uchwały następnego Zjazdu Delegatów z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych delegatów. Uchwały Zjazdu Delegatów zapadają zwyczajną większością głosów z wyjątkiem punktów h) i j).

Do zakresu działania Zjadzu Delegatów należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz budżetu na rok następny, jakoteż podział funduszów na kapitał zapasowy, obrotowy i specjalny,
b) sprawy kupna i sprzedaży nieruchomości Związku,
c) wybór Zarządu, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Rewizyjnej na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami,
d) załatwianie odwołań się członków od uchwał Zarządu z uwzględnieniem zastrzeżenia § 10 pkt. c),
e) oznaczenie miejsca przyszłego Zjazdu Delegatów,
f) oznaczenie wysokości wpisowego i składek,
g) załatwianie wniosków i interpelacyj będących na porządku dziennym,
h) uchwalanie zmiany statutu. Do ważności uchwał wymągana jest większość $^2/_3$ głosów obecnych delegatów.
i) decyzja w sprawach przekraczających kompetencję Zarządu Głównego,
j) rozwiązanie Związku, do czego potrzebna jest większość $^2/_3$ głosów wszystkich delegatów.

§ 14. Zarząd Główny Związku:

A. Zarząd składa się z przewodniczącego i 4 zastępców, 2 sekretarzy, 2 skarbników, 12 członków Zarządu i 6 zastępców, którzy w razie ubytku członków Zarządu wchodzą w ich miejsce. Przewodniczący lub jego zastępca, sekretarz, skarbnik i 4 członkowie Zarządu muszą być zamieszkali w siedzibie Związku i stanowią Wydział Wykonawczy.

B. Zebrania Zarządu Głównego odbywają się raz na pół roku na wezwanie prezesa lub każdej chwili na żądanie Komisji Rewizyjnej lub $^1/_3$ członków Zarządu. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów, przewodniczący nie głosuje, a w razie równości głosów dyrymuje.

Uchwały ważne są przy obecności przynajmniej 9-ciu członków Zarządu z przewodniczącym lub jego zastępcą. Wszyscy członkowie Zarządu są obowiązani uczęszczać na posiedzenia. Ktoby bez usprawiedliwienia się opuścił po trzykroć z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego odbywają się conajmniej raz na 3 miesiące.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu Głównego należy:

a) zatwierdzanie przyjęcia i wykluczenia członków,
b) zakładanie Okręgów Związku,
c) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Związku,
d) obrona interesów Związku we wszystkich Instytucjach rządowych oraz prowadzenie i zawieranie układów z Instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w sprawach dotyczących Związku i jego poszczególnych członków,
e) przygotowywanie rocznych sprawozdań z działalności Związku oraz rocznego budżetu,
f) informowanie członków Związku o pracach Zarządu,
g) zwoływanie Zjazdu Delegatów,
h) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych, aprowizacyjnych itp.),
i) zmiana statutu dla Okręgów większością $^2/_3$ głosów obecnych członków Zarządu,
j) unieważnianie uchwał Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Okręgu na wypadek przekroczenia statutu lub narażenia Związku na szkodę moralną lub materialną. Rozwiązanie Zarządu Okręgu i zarządzenie nowych wyborów w wypadku niewypełniania należycie swoich obowiązków, działania wbrew statutowi lub na szkodę Związku lub niewykonywania poleceń Zarządu Głównego. W tym celu zostaje zwołane najpóźniej do dwu miesięcy od rozwiązania Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu, na którym aż do wyboru nowego przewodniczącego przewodniczy Delegat Zarządu Głównego. W okresie od rozwiązania Zarządu Okręgu aż do wyboru nowego Zarządu czynności sprawować będzie Delegatura w składzie 3-ch osób, utworzona przez Zarząd Główny.

§ 15. Członkowie Zarządu i zakres ich działania:

Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje na zewnątrz Związek, czuwa nad jego rozwojem i przewodniczy wszelkim zebraniom, przestrzega również, by członkowie Zarządu poruczone im funkcje należycie spełniali.

Pisma i dokumenty podpisuje prezes lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarze prowadzą protokoły ze wszystkich zebrań, korespondencję, przechowują wszelkie pisma, zgłaszają Zarządowi nadeszłe wiadomości i układają wraz z prezesem porządek dzienny zebrań. Skarbnicy ściągają wszelkie opłaty, prowadzą księgi kasowe, przedstawiają budżet Związku i uskuteczniają w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązani są na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi kasowe z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

Członkowie Zarządu Głównego mają prawo brać udział w posiedzeniach Zarządu i Walnych Zgromadzeniach Okręgów z głosem doradczym.

§ 16. Komisja Rewizyjna:

Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Zjazd Delegatów Komisję Rewizyjną z poza członków Zarządu Głównego, składającą się z przewodniczącego i 2 członków oraz jego zastępcy.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Głównego z głosem doradczym.

Komisja Rewizyjna ma prawo każdego czasu przeglądać księgi, akta i protokoły Zarządu Głównego i wszystkich innych organów Stowarzyszenia. Obowiązaną jest raz do roku przed Zjazdem Delegatów sprawdzić stan kasy i księgi Zarządu Głównego.

§ 17. Sąd Koleżeński:

Składa się z przewodniczącego, 3 członków i jednego zastępcy. Kompetencji jego podlegają spory między Okręgami, między Okręgami a oddziałami, między poszczególnymi Oddziałami oraz między członkami a organami Związku. Sąd Koleżeński działa na podstawie regulaminu, uchwalanego przez Zarząd Główny Związku.

§ 18. Rozwiązanie Związku:

W razie rozwiązania Związku Zarząd wyznacza Komisję likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Związku.

Zjazd Delegatów dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu.

Gdyby Zjazd Delegatów nie mógł powziąć ważnej decyzji w sprawie majątku, przechodzi on na cele przewidziane w § 2-gim statutu. Majątek zostanie podzielony w stosunku do liczby członków Okręgów Związku.

§ 19. Związki Okręgowe i Oddziały zachowują dotychczasową osobowość prawną po zarejestrowaniu się w odnośnych Urzędach Wojewódzkich.

Okręgi Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 20. Okręgi Związku tworzy Zarząd Główny, przydzielając do nich Oddziały z uwzględnieniem ich położenia terytorialnego. Do Okręgów należą wszystkie Oddziały, leżące na obszarze ich działania.

§ 21. Zakres terytorialny Okręgu . . . . jego siedzibę, zmiany terenu oraz zniesienie Okręgu Związku uchwala Zarząd Główny po zasięgnięciu opinii zainteresowanych Zarządów Okręgu i Oddziałów.

§ 22. Okręgi Związku są oddziałami Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych, a za podstawę działania mają niniejszy statut.

§ 23. Okręgowy Związek jest osobą prawną, może nabywać i sprzedawać nieruchomości z funduszów Okręgu, bronić swych praw w Sądzie, przyjmować darowizny i zapisy na rzecz Okręgu oraz wykonywać wszystkie inne czynności, przelane nań przez Zarząd Główny.

§ 24. Okręgi Związku używają pieczęci: Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Okręg . . . .

§ 25. Cel Okręgów Związku, jak też prawa i obowiązki członków określają §§ 2 i 7 statutu.

§ 26. Władzami Okręgów Związku są:

a) Władze Związku Głównego,
b) Walne Zgromadzenie Okręgu,
c) Zarząd Okręgu i Wydział Wykonawczy,
d) Sąd Koleżeński Odwoławczy,
c) Komisja Rewizyjna Okręgu.

§ 27. Walne Zgromadzenie Okręgu stanowią:

1) delegaci Oddziałów wybrani na Walnych Zgromadzeniach Oddziałów. Każdy Oddział wybiera jednego delegata, jeśli jednak liczba członków Oddziału przekracza 25, natenczas Walne Zgromadzenia Oddziałów wybierają dalszych 2 delegatów w stosunku 1 na 25 członków, także na rozpoczętą liczbę 25 jednego delegata.

2) Członkowie Zarządu Głównego i Zarządu Okręgu z głosem doradczym.

Zwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu odbywa się raz na rok conajmniej na 14 dni przed Zjazdem Delegatów. Na wezwanie Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej, $^{1}/_{3}$ delegatów Oddziałów, Zarząd Okręgu obowiązany jest zwołać nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu. W razie niespełnienia tego wezwania Zarząd Główny ma prawo zwołać Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, zawiadamiając o tym Zarząd Okręgu. Na takim, przez Zarząd Główny zwołanym Walnym Zgromadzeniu przewodniczy delegat Zarządu Głównego.

O terminie Walnego Zgromadzenia mają być Delegaci zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 14 dni przed terminem.

Do ważności uchwał Walnego Zgromadzenia potrzebna jest obecność przynajmniej połowy wszystkich delegatów. Gdyby dla braku kompletu Zjazd Delegatów odbyć się nie mógł, ważnymi są wówczas uchwały następnego Walnego Zgromadzenia z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych delegatów. Uchwały Walnego Zgromadzenia zapadają bezwzględną większością głosów. Do zakresu działalności Walnego Zgromadzenia należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej,
b) decyzja w sprawach kupna i sprzedaży nieruchomości z majątku Okręgu,
c) wybór Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Odwoławczego Sądu Koleżeńskiego na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami,
d) mianowanie członków honorowych na wniosek Zarządu Okręgu,
e) uchwalanie wysokości wpisowego i składek do Okręgu,
f) załatwianie wniosków i interpelacyj, będących na porządku dziennym,
g) decyzja w sprawach, przekraczających kompetencję Zarządu Okręgu,
h) wybór Delegatów na Zjazd w liczbie 1 na 50 członków Okręgu.

§ 28. Zarząd Okręgu składa się z przewodniczącego, 3 zastępców (z których jeden musi mieszkać w siedzibie Okręgowego Związku) 2 sekretarzy, 2 skarbników, 8 członków Zarządu i 4 zastępców, wszystkich wybranych na Walnym Zgromadzeniu Okręgu. W razie ubytku członków Zarządu wchodzą w ich miejsce zastępcy. Prezydjum z wyjątkiem 2 zastępców przewodniczącego, oraz 4 członków Zarządu muszą być zamieszkali w siedzibie Okręgu i stanowią Wydział Wykonawczy Okręgu. Prezydium składa się z przewodniczącego, jednego zastępcy, sekretarza i skarbnika.

§ 29. Zebrania Zarządu odbywają się w miarę potrzeby na wezwanie Przewodniczącego, Komisji Rewizyjnej lub każdej chwili na żądanie $^{1}/_{3}$ części członków Zarządu lub $^{1}/_{3}$ części delegatów. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów. Przewodniczący nie głosuje, w razie równości głosów dyrymuje. Uchwały ważne są przy obecności conajmniej 9-ciu członków Zarządu z przewodniczącym lub jego zastępcą. Wszyscy członkowie Zarządu obowiązani są uczęszczać na posiedzenia Zarządu, a członek, któryby bez usprawiedliwienia opuścił po trzykroć z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu należy:

a) przyjmowanie członków z zastrzeżeniami § 8 statutu:
b) stawianie Zarządowi Głównemu wniosków w sprawie wykluczenia członków,
c) zakładanie Oddziałów miejscowych i mianowanie mężów zaufania,
d) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Okręgu,
e) obrony interesów Okręgu we wszystkich Instytucjach rządowych i samorządowych oraz zawieranie umów w porozumieniu z Zarządem Głównym z Instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w sprawach dotyczacych Okręgu Związku i jego poszczególnych członków,
f) przygotowanie rocznych sprawozdań z działalności Okręgu, oraz rocznego budżetu,
g) informowanie członków Okręgu o działalności Zarządu,
h) zwoływanie Walnych Zgromadzeń,
i) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych, naukowych itp.),
j) wykonywanie uchwał powziętych przez Zjazd Delegatów oraz Zarząd Główny Związku.

Członkowie Zarządu Głównego mają prawo brać udział w posiedzeniach Zarządu i Walnego Zgromadzenia Okręgu z głosem doradczym.

§ 30. Członkowie i zakres ich działania:

Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje Okręgowy Związek na zewnątrz, czuwa nad jego rozwojem i przewodniczy wszelkim zebraniom. Przestrzega również, by członkowie Zarządu należycie spełniali poruczone im funkcje. Pisma i dokumenty podpisuje przewodniczący lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarze prowadzą protokoły wszystkich zebrań, korespondencję, przechowują wszelkie pisma, przedstawiają Zarządowi nadeszłe pisma i układają wraz z Przewodniczącym porządek dzienny zebrań. Skarbnicy ściągają wszelkie opłaty, prowadzą księgi kasowe, przedstawiają budżet i zamknięcia rachunkowe Zarządowi i uskuteczniają w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązani są na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

§ 31. Fundusze Okręgu tworzą się ze:

1) składek członków do Okręgu, których wysokość uchwala Walne Zgromadzenie Okręgu,
2) darów i zapisów na rzecz Okręgów,
3) opłat za korzystanie z Instytucyj Okręgu,

4) odsetek od kapitału Okręgu,
5) wpisowego członków.

Fundusze Okręgu dzielą się na:
a) kapitał zapasowy,
b) kapitał obrotowy,
c) kapitały specjalne.

Kapitał zapasowy tworzy się z wpisowego i z kwot przeznaczonych na ten cel przez Walne Zgromadzenie Okręgu.

Kapitały specjalne powstają z darów i zapisów na rzecz Okręgu i mogą być użyte tylko na cele specjalne.

§ 32. Sąd Koleżeński Odwoławczy:

Zgodnie z postanowieniami § 50 składa się z przewodniczącego, 6 członków i 3 zastępców, wybranych na Walnym Zgromadzeniu Okręgu. Obraduje on w składzie złożonym z przewodniczącego i 4 członków.

Przewodniczący i 4 członkowie muszą mieszkać w siedzibie Okręgu. Odwoławczy Sąd Koleżeński obraduje nad odwołaniami od wyroków Sądów Koleżeńskich w Oddziałach. Wyrok Sądu Odwoławczego jest ostateczny. Sąd posługuje się regulaminem, uchwalonym przez Zarząd Główny.

§ 33. Komisja Rewizyjna:

Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Walne Zgromadzenie Okręgu z poza Zarządu Komisję Rewizyjną, składającą się z przewodniczącego, 2 członków, oraz jednego zastępcy. Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Okręgu z głosem doradczym. Komisja Rewizyjna ma prawo każdego czasu przeglądać księgi, akta i protokoły Zarządu Okręgu i obowiązaną jest raz do roku przed Walnym Zgromadzeniem Okręgu sprawdzić stan kasy i księgi Zarządu Okręgu.

§ 34. Rozwiązanie Związku Okręgowego:

W razie rozwiązania Okręgu Zarząd Okręgu wyznacza Komisję Likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Związku. Walne Zgromadzenie Okręgu dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu.

Gdyby Walne Zgromadzenie Okręgu nie mogło powziąć ważnej decyzji, przechodzi majątek Okręgu na cele przewidziane w § 2 statutu.

Oddziały Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 35. Zarząd Okręgu Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych może w każdej miejscowości założyć Oddział.

§ 36. Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . jest podfilią Związku i za podstawę działania ma niniejszy statut.

§ 37. Cel, jak też prawa i obowiązki członków określają §§ 2 i 7.

§ 38. Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . obejmuje teren działania, wyznaczony przez Zarząd Okręgu i używa pieczęci:

Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych, Oddział . . . .

Siedzibą Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . jest miasto . . . .

§ 39. Oddział jest osobą prawną, może nabywać nieruchomości z funduszów Oddziału, bronić swych spraw w Sądzie, przyjmować darowizny i zapisy dla siebie, oraz wykonywać wszystkie inne prawa, przelane nań przez Zarząd Główny i Zarząd Okręgu.

§ 40. Fundusze Oddziału tworzą się ze:
1) składek członków Oddziału,
2) odsetek od kapitałów Oddziału,
3) darów i zapisów na rzecz Oddziału,
4) funduszów przekazanych Oddziałowi przez Zarząd Okręgu.

§ 41. Członkiem Oddziału może być każdy lekarz (lekarka) zajęty w Instytucji Ubezpieczeń Społecznych. Członek, kótry porzuca, lub traci swe stanowisko, może nadal pozostać członkiem Związku.

§ 42. Nowych członków przyjmuje na wniosek Zarządu Oddziału Zarząd Okręgu, a zatwierdza Zarząd Główny.

Członkowie Oddziału są obowiązani:
a) brać udział w posiedzeniach i zgromadzeniach Oddziału,
b) stosować się do przepisów statutu, regulaminów, zarządzeń Władz Związku i wyroków Sądu Koleżeńskiego,
c) płacić regularnie składki,
d) przyczyniać się do spełnienia celów Związku i jego rozwoju.

§ 43. Członkowie Oddziału mają prawo:
a) wyboru i wybieralności na Walnym Zgromadzeniu Oddziału,
b) korzystania z wszystkich urządzeń Związku,
c) odwoływania się od uchwał Zarządu Oddziału do Zarządu Okręgu, a od uchwał Okręgu do Zjazdu Delegatów z tym jednak zastrzeżeniem że wszelkie zażalenia do Zjazdu Delegatów wniesione być muszą na 14 dni przed Zjazdem Delegatów,
d) zwoływania posiedzeń Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Oddziału na żądanie $^1/_3$ członków Oddziału.

§ 44. Władzami Oddziału są:
1) Władze Związku Głównego i Okręgowego,
2) Walne Zgromadzenie Oddziału,
3) Zarząd Oddziału,
4) Sąd Koleżeński.

§ 45. Walne Zgromadzenie Oddziału odbywa się raz na rok, conajmniej na 14 dni przed Walnym Zgromadzeniem Okręgu. Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Oddziału odbywa się na żądanie Władz Związku, Zarządu Oddziału, Komisji Rewizyjnej Oddziału lub $^1/_3$ części członków Oddziału. O terminie Walnego Zgromadzenia mają być członkowie zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 10 dni przed terminem. Kompletne jest Walne Zgromadzenie przy obecności większości członków Oddziału. Gdyby dla braku kompletu Walne Zgromadzenie odbyć się nie mogło, ważnymi są wówczas uchwały następnego Walnego Zgromadzenia z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych członków. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów z wyjątkiem punktu g). Na Walnym Zgromadzeniu Oddziału przewodniczy Przewodniczący lub jego zastępca, a w razie prze-

szkody najstarszy wiekiem z obecnych członków Oddziału. W obradach Walnego Zgromadzenia mogą brać udział członkowie Zarządu Głównego i Okręgu z głosem doradczym.

Do zakresu działania Walnego Zgromadzenia Oddziału należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz budżetu na rok następny,
b) sprawy kupna i sprzedaży nieruchomości Oddziału,
c) wybór Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami.
d) oznaczenie wysokości składek do Oddziału,
e) załatwianie wniosków i interpelacyj, będących na porządku dziennym,
f) decyzja w sprawach przekraczających kompetencję Zarządu Oddziału,
g) rozwiązanie Oddziału za zgodą Zarządu Głównego większością $^2/_3$ głosów przy obecności $^2/_3$ członków Oddziału.

§ 46. Zarząd Oddziału składa się z 5 do 11 osób, mianowicie z Przewodniczącego, zastępcy przewodniczącego, sekretarza, skarbnika i członków Zarządu, poza tym 2 zastępców, wszystkich wybranych na Walnym Zgromadzeniu Oddziału. Przewodniczący, sekretarz i skarbnik muszą być zamieszkali w siedzibie Oddziału.

Zebrania Zarządu odbywają się raz na miesiąc na wezwanie Przewodniczącego lub jego zastępcy i każdej chwili na żądanie władz Związku lub $^1/_3$ członków Oddziału albo $^1/_3$ członków Zarządu Oddziału. Uchwały zapadają większością głosów. Przewodniczący nie głosuje, a w razie równości głosów dyrymuje. Uchwały ważne są przy obecności conajmniej połowy członków Zarządu z Przewodniczącym lub jego zastępcą na czele. Wszyscy członkowie Zarządu są obowiązani uczęszczać na posiedzenia Zarządu. Ktoby bez usprawiedliwienia opuścił 3-krotnie z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu Oddziału należy:

1) stawianie Zarządowi Okręgu wniosków na przyjmowanie i wykluczanie członków,
2) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Oddziału,
3) odprowadzanie co miesiąc wpisowego i składek do Okręgu,
4) obrona interesów Oddziału i jego członków,
5) wykonywanie zleceń, poruczonych przez Władze Związku,
6) przygotowanie rocznych sprawozdań z działalności Oddziału oraz rocznego budżetu. Sprawozdania te przedkłada Zarząd Oddziału w odpisie Zarządowi Okręgu conajmniej na 10 dni przed terminem Walnego Zgromadzenia Okręgu,
7) informowanie członków Oddziału o pracach Zarządu,
8) zwoływanie Walnych Zgromadzeń Oddziału,
9) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych itp.),
10) zastępowanie spraw zawodowych i ekonomicznych członków oraz zawieranie umów zbiorowych z instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w porozumieniu z Zarządem Okręgu.

W posiedzeniach Zarządu mogą brać udział delegaci Zarządu Głównego i Okręgu.

§ 47. Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje Oddział na zewnątrz, czuwa nad jego rozwojem, przewodniczy wszelkim zebraniom i przestrzega, by członkowie Zarządu należycie spełniali poruczone im funkcje. Pisma i dokumenty podpisuje przewodniczący lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarz prowadzi protokoły ze wszystkich zebrań, korespondencję, przechowuje wszelkie pisma, ogłasza Zarządowi nadeszłe wiadomości i układa wraz z Przewodniczącym porządek dzienny zebrań.

Skarbnik ściąga wszelkie opłaty, prowadzi księgi kasowe, przedstawia budżet Oddziału i uskutecznia w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązany jest na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi kasowe z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

§ 48. Zarząd Oddziału przesyła Zarządowi Okręgu w ciągu 7-miu dni uchwały powzięte na posiedzeniu Zarządu lub na Walnym Zgromadzeniu Oddziału. Zarząd Okręgu może zawiesić uchwały Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Oddziału, przekraczające postanowienia statutu, narażające Związek na szkodę moralną lub materialną, o czym zawiadamia bezzwłocznie Zarząd Główny, który może uchwałę zatwierdzić lub znieść.

Jeżeli Zarząd Oddziału nie wypełnia należycie swoich obowiązków, działa wbrew statutowi lub na szkodę Związku albo nie wykonuje poleceń Zarządu Okręgu może go Zarząd Główny rozwiązać i zarządzić nowe wybory. Zarząd Główny zwołuje w tym celu najpóźniej do 2 miesięcy od rozwiązania nadzwyczajne Zgromadzenie Oddziału, na którym aż do wyboru przewodniczy delegat Zarządu Głównego. W czasie od rozwiązania Zarządu Oddziału, aż do wyboru nowego Zarządu sprawować będzie jego czynności delegatura utworzona przez Zarząd Główny w ilości 1—3 osób.

Zarząd Główny może rozwiązać Oddział nie spełniający czynności, określonych w statucie lub działających wbrew statutowi albo wbrew poleceniom Zarządu Głównego lub Okręgu.

§ 49. Sąd Koleżeński: posiada dwie instancje: Sąd Koleżeński w Oddziałach i Odwoławczy Sąd Koleżeński w Okręgach. Od wyroków Sądu Koleżeńskiego Oddziału przysługuje stronom prawo odwołania się do Odwoławczego Sądu Koleżeńskiego Okręgu w ciągu 14 dni od otrzymania wyroku. Wyroki Sądu Odwoławczego są ostateczne. Kompetencji Sądu Koleżeńskiego podlegają sprawy, tyczące się stosunków koleżeńskich, stowarzyszeniowych, sporów między członkami Związku i sprawy, wynikające z przekroczeń uchwał, przepisów związkowych i umów zawartych przez Związek.

Sąd Koleżeński składa się z Przewodniczącego, 2—4 członków i 1—2 zastępców, wybranych na Walnym Zgromadzeniu Oddziału.

Sąd Koleżeński działa na podstawie regulaminu, uchwalonego przez Zarząd Główny.

§ 50. Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Walne Zgromadzenie Oddziału z poza Zarządu Komisję Rewizyjną, złożoną z przewodniczącego i 2 członków oraz jednego zastępcy, która przeprowadza szkontrum.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Oddziału z głosem doradczym.

§ 51. W razie rozwiązania Oddziału Zarząd Oddziału wyznacza Komisję Likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Oddziału.

Walne Zgromadzenie Oddziału dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu. Gdyby Walne Zgromadzenie Oddziału nie mogło powziąć decyzji ważnej, przechodzi majątek Oddziału na cele przewidziane w § 2 statutu.

(Przytoczony statut był częściowo odczytany częściowo streszczony).

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa centrali Związku. Po dokładnych rozważeniach tej sprawy doszliśmy ze Zrzeszeniem Warszawskim do przekonania, że Centralę należy przejściowo założyć w Krakowie ze względu na najmniejsze zniszczenie naszego miasta. Naturalnie, że optimum byłaby Warszawa. Sądzę, że nie potrzebuję dłużej nużyć słuchaczy argumentacją o konieczności wznowienia Związku Lekarzy Ubezp. Społ.. Musimy budować od fundamentów jednolitość świata lekarskiego, musimy zagwarantować jego wpływ na sprawy zdrowia w państwie.

W związku z referatem zgłaszam następujące wnioski:

I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych powołuje do życia Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą Zarządu Głównego w Krakowie.

II. Ogólnopolski Zjazd L. U. S. uważa wskrzeszenie Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych jako fundament do utworzenia Związku Lekarzy Państwa Polskiego, którego sekcją stanie się Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Dyskusja:

Dr Martyński. Sprawa konieczności utworzenia Związku jest jasna. Niepodobna jednak mówić na pierwszym Zjeździe tylko o Związku Lekarzy U. S. lecz należy mówić o całości organizacji świata lekarskiego. Dziś widzimy skutki dawnych błędów. Wyobrażamy sobie organizację całości jako jedno koło i to jest Zarząd Główny, który ma poszczególne sekcje, oddziały czy związki w zależności od warsztatu pracy. Jednym z nich jest Związek Lekarzy U. S., potem Związek Lekarzy kolejowych, być może związek profesorów, asystentów itd.

To wszystko trzeba jeszcze powiązać z Izbą lekarską i ona musi być jednostką nadrzędną. Naczelna Izba Lekarska powinna tak samo wysyłać delegata do Zarządu Głównego Zw. Lek. P. P. Powinien być 1 sąd Izby lek., któremu podlegaliby członkowie Związku. Podobnie Komisja Rewizyjna. Organizacją centralną powinien być Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. z wydziałem Wykonawczym składającym się z osób zamieszkałych w siedzibie zarządu głównego. Każdy Związek Okręgowy musi mieć jednego delegata w zarządzie głównym, a jednego delegata Izba lek. Zarządy Okręgowe byłyby dostosowane do terenu. W ramach tej organizacji mieściłby się Związek Lekarzy US, więc musimy tylko uchwalić podstawę i wytworzyć Zarząd Główny Zw. Lek. US., ustalić siedzibę, a zarządy okręgowe muszą już powstać w terenie Ubezpieczalni społecznych. Niektóre już są. (Np. Kraków, Warszawa), na innych terenach jeszcze nie ma. Tam powstaną nowe zarządy okręgowe. Ewentualnie w małych ośrodkach powstaną oddziały.

Dr Metelski (Ostrowiec Kielecki) poddaje projekt utworzenia takiego związku krytyce i zapytuje co zrobić z takimi lekarzami, którzy nie pracują w Ubezpieczalni lub tylko w Ubezpieczalni. W małym mieście powstałyby więc dwie organizacje. Proponuję, aby odrazu założyć Zarząd Główny Zw. Lek. P. P., a potem z tego wydzielić Sekcje Lekarzy U. S.

Dr Liwszyc-Tomasik (Kraków) uważa, że nie należy sprawy komplikować i nie należy przesądzać dalszych losów tego Związku, który ma być utworzony. Związek Lekarzy US powinien powstać, gdyż Koledzy pracując w określonej instytucji są z nią związani, wytworzyli sobie specyficzne zainteresowania i potrzeby. Poza tym w ramach takiego związku możemy należycie pielęgnować naszą ideologię, ideę rozbudowy ubezpieczeń społecznych.

Dr Frąckowiak (Poznań). Związek Lekarzy US będzie stanowić podstawę do zorganizowania świata lekarskiego. W Poznaniu istnieje już Związek Zawodowy Pracowników Sł. Zdrowia, w którym Zw. Lek. P. P. stanowi sekcję. Jesteśmy za osobnym związkiem pod warunkiem, że stanie się kołem tej organizacji.

Dr Martyński: tam gdzie powstał już Związek Lekarzy P. P. tam Zw. Lekarzy US nie będzie go rujnował ani kasował. Podstawą jest Związek Lekarzy P. P. a Zw. Lek. US jest tylko sekcją.

Dr Jaroń (Częstochowa). Świat lekarski jest zorganizowany źle. 4. III 1945 powstał ZLPP na podstawie statutu z 1932 r. i szybko zyskał uznanie i prawa. Na niektórych terenach zaczęła się robota destrukcyjna. Znalazły się ośrodki, gdzie praca u samych podstaw była utrącana. Okręg łódzki bez porozumienia się wysforował się naprzód i utworzył powszechny Związek Pracowników Sł. Zdrowia. Utrącił nas tak, że odebrał nam teren. Zwróciliśmy się do Związku Pr. Sł. Zdr. sekcja lekarska w Łodzi, że tak być nie może i wskazywaliśmy na trudności materialne i organizacyjne. Nasze przewidywania potwierdziły się. Centr. Kom. Zw. Zaw. odmówiła pozwolenia na zwołanie Zjazdu. Decyzja ta nie jest demokratyczna, bo tamuje możność zrzeszania się i wyrażania swoich myśli. Zasadniczym celem jest zrzeszenie się w jednej organizacji, na terenie całej Rzplitej. Zrębem tego powinien być ZLPP. W porozumieniu z prof. Rutkowskim, prezesem Okr. krak. ZLPP mieliśmy to odłożyć do jutra, lecz ponieważ wniosek upadł, więc przedstawiam nast. rezolucję:

Z uwagi na konieczność zajęcia przez świat lekarski stanowiska w sprawach dotyczących zdrowia publicznego w Polsce Zjazd uważa, że: wznowienie jednolitej organizacji świata lekarskiego w postaci Związku Lekarzy P. P. zrzeszającej wszystkich lekarzy jest sprawą pierwszoplanową, 2. dla usprawnienia działalności Związku Lekarzy P. P. jest rzeczą potrzebną wyłonienie i utworzenie poszczególnych sekcji lekarzy wedle ich zakresu pracy. Sekcje te muszą mieć całkowitą autonomię w zakresie swego działania, występują jednak na zewnątrz pod firmą Związku.

Dyr. Dep. dr Grynberg: Dziwnym zbiegiem okoliczności obydwa referaty Kolegów Bibersteina i Gołąba najwięcej miejsca poświęciły sprawom historycznym, a mniej rzeczywistości i najbliższym perspektywom. Zarysowujące się w dyskusji różnice zdań oparte są na nieporozumieniu i niewłaściwym mianownictwie. Aby te sprawy lepiej zrozumieć należy wniknąć głębiej w obecną rzeczywistość.

Nasza sytuacja gospodarcza w porównaniu z rokiem 1939 zmieniła się, zostały upaństwowione, znacjonalizowane kluczowe gałęzie naszego przemysłu i bankowości. Planowość w gospodarce ogólnej państwowej stała się nakazem chwili. Z okresu liberalizmu przechodzimy w okres planowej gospodarki.

W r. 1918 zostało powołane do życia Ministerstwo Zdrowia. Było ono wyrazem dobrej woli pewnej grupy ludzi. Nasze Ministerstwo, powołane w 1945 roku opiera się na twardych podstawach rzeczywistości gospodarczej. Ministerstwo Zdrowia stało się już koniecznością. Musi być jeden centralny ośrodek dyspozycyjny, któryby wprowadził planową gospodarkę w całokształcie służby zdrowia w Polsce.

Zmieniła się również sytuacja polityczna i społeczna w kraju. Władza przeszła w ręce warstw pracujących: robotników, chłopów i pracującej inteligencji. Świat pracy stał się współodpowiedzialnym za losy kraju, stał się współodpowiedzialnym za gospodarkę i politykę w Państwie. Stąd też zmieniła się rola Związków Zawodowych w porównaniu z rokiem 1939. Związki Zawodowe nie ograniczają się już teraz jedynie i wyłącznie do obrony swych interesów zawodowych, ale biorą nader czynny udział w odbudowie gospodarczej kraju. Z tego powodu musiała się zmienić dawna struktura związków zawodowych. Ze związków branżowych zmieniły się one w tzw. związki pionowe obejmujące całą gałąź produkcji od początku do końca. Do Związku Zawodowego Przemysłu Hutniczego należą nie tylko hutnicy, ale wszyscy pracownicy związani bezpośrednio z tą gałęzią przemysłu, a więc zarząd centralny wraz ze swoimi dyrektorami, pracownikami itd. Ta sama sytuacja istnieje na terenie służby zdrowia. Wszystkie czynniki współdziałające w gospodarce, dotyczące służby zdrowia muszą być wciągnięte do jednolitego pionowego związku.

Ciekawa rzecz; ostatnio brałem udział w dwóch zebraniach lekarskich. Na jednym z nich byli lekarze politycznie zaangażowani, którzy mają mało styczności z klasą robotniczą. Na drugim zebraniu znajdowali się lekarze prawie wcale nie zaangażowani lub nie mający nic wspólnego z działalnością polityczną, a mający ogólne zainteresowanie dla pewnych zagadnień społecznych i ściśle związani ze światem zawodowo pracującym — robotnikami. Otóż na tym drugim zebraniu ideał jednolitego związku pracowników służby zdrowia trafił szybciej i bardziej do przekonania tych lekarzy aniżeli pierwszych.

Podczas jednego z moich pobytów w Krakowie odwiedziłem oddział doc. Nowickiego w szpitalu św. Łazarza. Dyskutowaliśmy na temat czy i kto z personelu szpitalnego ma mieszkać na terenie szpitala. Otóż wszyscy obecni lekarze jednogłośnie oświadczyli: „niepożądanym jest, ażeby ktokolwiek ze służby szpitalnej mieszkał bezpośrednio na terenie szpitala prócz jednego człowieka. I o dziwo, Człowiekiem tym był... mechanik Szpitala.

Wiemy wszyscy o tym jak ciężkie czasy przeżywa obecnie nasze szpitalnictwo, z jakimi trudnościami musi się borykać. Przy zetknięciu się z jednym z bardzo dzielnych dyrektorów szpitala na terenie Polski, pytałem się czemu on zawdzięcza tak względnie dobrą sytuację swego szpitala. Oświadczył: jest to zasługa jednego z moich wieloletnich współpracowników biurowych. Jest to człowiek, który konsekwentnie potrafi egzekwować należne szpitalowi sumy z tytułu opłat szpitalnych.

Proszę Kolegów! Czy nie jest słusznym, aby właśnie ci ludzie znaleźli się w ramach tego jednolitego związku, który ma za zadanie nie tylko obronę interesów zawodowych, ale również współpracę twórczą w dziedzinie samej gospodarki instytucji służby zdrowia. Obawy o majoryzację czynnika niefachowo lekarskiego są zupełnie płonne. Wiemy o tym i jesteśmy absolutnie przekonani, że zawsze głosem decydującym w danej instytucji leczniczej, instytucji pomocy lekarskiej będzie tylko głos lekarza.

Szereg takich związków powstał już w woj. Łódzkim i okazuje się, że we wszystkich bez wyjątku oddziałach na przewodniczących tych związków zostali powołani właśnie lekarze. Interesy zawodowe, poprawa bytu lekarzy nie tylko na tym nie ucierpi, ale wprost przeciwnie — zyska.

Wielokrotnie w tej dyskusji podnoszone było, że pracownicy fizyczni potrafią lepiej walczyć o swoje prawa do minimum egzystencji. Mają oni pod tym względem dłuższą tradycję i lepszą zaprawę. Stąd też jeżeli lekarze pójdą razem z nimi, pod tym względem napewno zyskają. Sprawy zawodowe lekarskie będą doskonale zagwarantowane w sekcjach lekarskich i kołach lekarzy ubezpieczalnianych tego związku. Powstanie jednolitych pionowych związków służby zdrowia w Polsce będzie tym czynnikiem, który pomoże Ministerstwu Zdrowia w rozwiązywaniu zagadnień życia codziennego. Stąd też spotyka się z poparciem ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Dr Martyński: ex praesidio wyjaśniam, że nie ma i nie będzie tarć między lekarzami a światem pracy. Jeżeli będą tarcia, to tylko z władzami administracyjnymi.

Dr Stefański. Okupant rozwiązał w Warszawie Zw. Lek. P. P. Przed wojną według umowy lekarze US stanowili 51% Zw. Lek. P. P. Kol. Gołąb zaznaczył, że Związek Lek. US wejdzie jako autonomiczna

sekcja do ZLPP. Nie możemy czekać z założonymi rękami.

Dr Grodecki nawiązuje do przemówienia dra Grynberga. Mówiliśmy o organizowaniu Zw. Lek.US, lecz to nie mówi nic o możliwościach dalszej organizacji. Mamy możliwość albo należeć do Związku Pracowników U. Sp. albo Związku Prac. Sł. Zdrowia. Istnieje jednak „ale". Nie wszystkie związki zawodowe wypowiedziały się za pionowymi związkami (np. Zw. Zaw. Dziennikarzy powiedział, że mu to nie odpowiada. Należy do organizacji specyficznej i samowystarczalnej. Tak sami specyficzny jest Związek literatów, Związek lekarzy. Związek Lek. US nie decyduje o tym, jak sprawa posunie się dalej. Nie ma żadnych przeszkód w wytworzeniu się Związku Lekarzy US i Związku Lekarzy P. P.

Dr Makowska (Poznań). Jeżeli powstanie Związek Lekarzy US i włączony zostanie do Zw. Prac. Sł. Zdr., to nie będzie Związkiem Lekarzy US, tylko Związkiem Pracowników Ubezp. Społ., bo tam są pracownicy sł. zdrowia. U nas nie istnieje Związek Lekarzy, tylko Związek Zawodowy.

Dr Szaniawski. Pracownicy sł. zdrowia ciągle się zmieniają i łączność lekarzy z nimi jest chwilowa. Lekarski związek w stosunku do nich powinien być zatem organizacją nadrzędną, nie zaś odwrotnie.

Dr Magalif (Łódź). Historia Zw. Prac. Sł. Zdr. w Łodzi jest taka, że Min. Litwin był w Łodzi, zebrał wszystkich, i on pierwszy zorganizował pracowników sł. zdrowia. CKZZ ogłosiła „Związek Prac. Sł. Zdrowia". Żadnego Związku Lekarzy P. P. CKZZ nie zatwierdziła i taki Związek nie będzie istniał samodzielnie w CKZZ. Czy to jest dobrze dla lekarzy, dyskusja pokaże. Jest Związek Pracowników Sł. Zdr., który ma autonomiczną sekcję. Związek Lek. PP nazywa się sekcją lekarską przy Związku Pr. Sł. Zdr. Do Zarządu wchodzą lekarze i decydują o sprawach zdrowia. Do spraw tej sekcji inne sekcje się nie wtrącają. Sekcja felczerów, akuszerek itd., każda omawia swoje sprawy. W skład Zarządu Gł. Związku Pr. Sł. Zdr. wchodzą 2 lekarze i po jednym felczerze, akuszerce itd. Wszędzie prezesem będzie lekarz. Jeżeli do sprawy tak wszędzie podejdziemy, jak w Łodzi, to wszędzie będzie decydował lekarz. Jeżeli się odsuniemy, to na prezesów nie będą wybierać lekarzy. W obecnej strukturze tylko Zw. Pr. Sł. Zdr. ma rację bytu, bo zbierają się nie tylko lekarze, lecz wszyscy (np. w sprawach szpitala). Tak jest w Łodzi; lekarze nie są majoryzowani. Łódź chciała zorganizować Zjazd lekarzy. CKZZ odmówił z motywem, że lekarze mogą u siebie zorganizować sekcję w Zw. Pr. Sł. Zdr. Istnieje sekcja lekarzy samorządowych, fabrycznych itd. W Warszawie CKZZ uważał, że w sprawach US powinni się zjechać lekarze US. Przeciw takiemu Zjazdowi jak dziś, Warszawa nic nie ma. Koledzy łódzcy uważają, że nie należy się eliminować ze Związków zawodowych i nie zaostrzać stosunków. Atakują nas wszędzie. Na posiedzeniach akuszerki i felczerzy nie tylko nam współczują, lecz chcą pomóc. Zw. Pr. Sł. Zdr. to jest jedyna forma organizacyjna. Lekarzom łódzkim odpowiada zupełnie koło lekarzy US w formie sekcji lekarskiej w Związku Pr. Sł. Zdr.

Mgr Kerc (Ubezpieczalnia Krakowska). Zaszedł cały szereg nieporozumień. Mówię imieniem Zarządu Gł. Związków Zawodowych Pracowników Instytucji Ub. Społ. Prostuję oświadczenie dra Grynberga i delegata z Łodzi. Byłem na tej uchwale CKZZ która mówi, że zasadniczo ma istnieć Zw. Pr. Sł. Zdr.. Lecz dlaczego tę okoliczność podnosi się na dzisiejszym Zjeździe? Jeżeli chodzi o Zw. Prac. Inst. Ub. Sp., to od palacza do lekarza wszyscy mają należeć do Zw. Pr. Inst. Ub. Sp. i na tym polega pionowa organizacja pracowników US. Nasz Związek zasiada w CKZZ. Zanosiło się, że i pracownicy ZUSu mieli należeć do Zw. Pr. Sł. Zdr. Rozstrzygnięcie było takie, że będzie istnieć samodzielny Zw. Pr. I. U. S. Gdyby lekarze US mieli wejść jako sekcja do Związku zawodowego, to w każdym razie nie jako sekcja Zw. Pr. Sł. Zdr., lecz do Związku Pr. Inst. Ub. Sp. Mieliśmy na ten temat dyskusję w CKZZ. Dlatego ze zdumieniem dowiaduję się, że lekarze należą do Zw. Pr. Sł. Zdr. Lekarze US są raczej związani z Inst. Ub. Sp., niż z pracownikami sł. zdr. Ten punkt widzenia byłby racjonalny tylko gdyby istniała powsz. sł. zdrowia.

Dr Stefański zapytuje, dlaczego brać wzór z organizacji jaka istniała za okupacji niemieckiej. Takiej organizacji nie chcemy. (oklaski).

Dr Breyer przypomina, że zebraliśmy się tu dla zorganizowania nie czego innego, lecz Związku Lekarzy US.

Dr Martyński: wszyscy nas pragną, lecz nikt się nie chce nami opiekować. Sprawy polityczne są b. ważne, lecz nie w tym gronie je możemy rozstrzygać i one muszą być oddzielone od spraw związku lekarzy i lecznictwa. Ci którzy organizują lecznictwo muszą myśleć i o urzędnikach. To słuszne. Jeżeli to organizuje Minister, to to jest słuszne. Lecz nas lekarzy obowiązkiem jest myśleć o poziomie lecznictwa, a nie to aby tworzyć szkołę sanitarną. Tamto jest może koniecznością, lecz nie z punktu widzenia poziomu nauki. My lekarze musimy myśleć o poziomie lecznictwa i dlatego musimy się najpierw zorganizować jako lekarze. Będziemy współpracować ze wszystkimi. Jeżeli wejdziemy do pracowników służby zdrowia, to spadniemy tylko na dół.

Dr Grodecki: 11 VIII mówiliśmy z w. min. Gebartowskim o sprawach lekarzy. Powiedział nam, że nie będzie spraw z nami omawiać, dopóki nie wytworzymy organizacji związku lekarzy US. Lecznictwo leży w obrębie planowania Mtwa Zdrowia. Z pracownikami Sł. Zdr. musimy współpracować, lecz to nie przeszkadza wytworzeniu organizacji lekarskiej, bo taka organizacja może należeć wszędzie, jako jednostka autonomiczna. Bliższy nam jest Związek Prac. Ub. Sp. niż Służby Zdrowia.

Stawia wniosek o zamknięcie dalszej dyskusji z uwzględnieniem zapisanych do głosu.

Uchwalono, przy jednym głosie sprzeciwu.

Dr Śnieżko: jeżeli wszyscy mają prawo tworzenia związku zawodowego, to dziwić się wypada dlaczego odmawia się tego prawa lekarzom, a chce się ich wtłoczyć w Zw. Pr. Sł. Zdr. i odmawia prawa własnego związku. Do Związku Nauczycieli nie należy np. pedel, stróż itd. Przeciw lekarzom jest nagonka. W Tarnowie mieliśmy starcie ze Związkami Zawodowymi. Nawet ta sprawa oparła się o Kraków. Zarzucali nam nawet takie rzeczy, jakoby lekarze w czasie okupacji

zachowywali się nie po obywatelsku za co nas po interwencji w O. K. Z. Z. przepraszano. Należy utworzyć Związek Lekarzy US, który będzie sekcją ZLPP.

Dr Schimmer: Nie eliminujemy się z życia społ. politycznego. Do Zw. Zaw. opłacamy 10% składek. Komisja obwodowa nas uznaje, zawiadamia nas o posiedzeniach. Przy obsadzaniu Rad Narodowych weźmie pod uwagę kandydatury poszczególnych lekarzy. Nie widzę powodu, aby Związek Lekarzy US nie mógł samodzielnie należeć do CKZZ.

Dr Liwszyc: Nie w porządku znalazła się CKZZ, że nie pozwoliła w Łodzi na Zjazd. W chórze Związków Zawodowych powinien znajdować się i Zw. Lek. US. Antycypując tendencje rozwojowe, m. i. oddzielenie lecznictwa od US oraz wprowadzanie powsz. sł. zdrowia, bliżsi jesteśmy pracownikom sł. zdrowia niż pracownikom Ub. Sp.

Dr Stawiński (Bielsko). Powinien być jeden Związek Lekarzy, a w jego ramach powinien znaleźć się Zw. Lek. US jako sekcja.

Dr Mirowski: Najpierw utworzyć Związek, a potem dopiero decydować, gdzie ma należeć. Czy to ma być sekcja czy nowy związek, to o tym będzie się decydować później. Czy dziś o tym ma się prawo decydować, to jest wątpliwe, bo delegaci zostali wydelegowani tylko do stworzenia Związku Lek. US. W tej chwili jesteśmy raczej zbliżeni do Zw. Prac. US.

Dr Marcinkowski: Jeżeli sprawy zdrowia mają mieć suwerenność, to musi o nich decydować Mtwo zdrowia. Jeżeli dojdzie do skutku Zjazd Prac. US, musi przyjąć jako konsekwencję, że może być tylko Zw. Lekarzy PP, a nie pracowników sł. zdrowia. Albo bojowość, albo jednolitość. Światu lekarskiemu pozostaje albo utworzyć sekcję lekarzy US przy ZLPP, albo przy Związku Prac. Sł. Zdr. Są tylko te dwie możliwości. W OKZZ w Krakowie informowano mnie i proszono, abyśmy nie dopuścili do wiążących uchwał co do organizacji świata lekarskiego na przyszłość. Lekarze nie mogą przyjąć decyzji co do organizacji świata lekarskiego w ogóle. W najbliższych dniach 16—18 XI 45 odbędzie się kongres Związków Zaw. Tam te sprawy będą też przedmiotem dyskusji i będą załatwiane. Więc sprawy nie można przesądzać. Dlatego proszę, aby Związek Lek. US rozwinął na ten temat dyskusję, bo trzeba dać wytyczne, do jakiej organizacji chcemy należeć.

Dr Zabłocki (Białystok): Ubezpieczeniowcy nas lekarzy nie przyjmują. Gdybyśmy tam weszli, mielibyśmy głos. Dlatego należy tam wejść jako sekcja lekarska US. Związki Zawodowe sięgają do polityki światowej. Na Zjeździe 18 XI możemy przedstawić sprawę, powołując się na związek dziennikarzy, literatów itd.

Dr Gołąb: wyjaśniam kol. Metelskiemu, że jego obawy są płonne. Jeżeli powstanie Związek Lekarzy US jako sekcja ZLPP, to to jest jedna organizacja i może istnieć na jednym terenie.

Jako wynik nieporozumienia traktuję również przemówienie dra Grynberga. To były wynurzenia osobiste. Kategorycznie stwierdzam, że nie widzę tego, abyśmy się chcieli eliminować z CKZZ. Nikt w ogóle tego nie mówił. Są jednak rzeczy, nad którymi muszą mówić raczej tylko zainteresowani. Tak jest na całym wiecie. Należy wytworzyć jednolitą opinię lekarską, a ta nie może nikomu szkodzić. Jeżeli CKZZ nas nie przyjmie, to będziemy istnieć jako Towarzystwo. Gdzie lekarze będą należeć, do takich czy innych związków zawodowych tegośmy nie rozstrzygnęli, bo musimy czekać na wynik obrad kongresu. Nikt nie zagwarantuje mi czy Zw. Lek. P. P. może się zarejestrować w CKZZ. Tam istnieje chaos, o którym wszyscy wiemy. CKZZ musi mieć jednolitą politykę zawodową, lecz jej nie ma i musi ją sobie dopiero wytworzyć.

Nie widzę żadnych tarć między światem pracy a lekarzami. Kol. Magalif uderzył w nas argumentem, że Minister przyjechał do Łodzi, zorganizował lekarzy i wcielił ich do Związku Pracowników Służby Zdrowia. To nie jest argument. Wobec tego faktu nie możemy stanąć na baczność. Z kontaktu osobistego z Ministrem Zdrowia wyniosłem jak najlepsze wrażenie. Jestem z całym uznaniem dla jego poczynań w sprawach polityki zdrowia w państwie. Ale Minister nie jest od zakładania Związków Zawodowych. Jeżeli uważamy, że trzeba założyć taki albo inny Związek, to go założymy. Związek I. U. S. będzie działalność swoją rozwijał na całą Polskę, i tego nie możemy zmienić. Musi istnieć jednolita organizacja zawodowa. Jeżeli C. K. Z. Z. potrafi zabronić Zjazdu Lekarzy, jeżeli Zw. Pr. Sł. Zdr. nie potrafi w CKZZ zdobyć na tyle posłuchu, aby przeforsować swoją wolę, to tam dzieje się źle i my tego zła nie będziemy powiększać. Jeżeli jako jednolita organizacja wejdziemy do Związków Zawodowych, to musimy w nich mieć odpowiedni głos i autorytet, a jeżeli wyrwiemy się jako jedno jedyne miasto to dostaniemy zawsze po skórze.

Dr Biberstein odczytuje nazwiska uprawnionych do głosowania delegatów, podając, ile kto reprezentuje głosów. Głosowanie odbywa się połowami sali. Każdy podnosi tyle palców, ile reprezentuje głosów.

Za siedzibą Zarządu Głównego Związku w Warszawie padło 6 głosów, przeciw siedzibie w Warszawie 32 głosów (tj. za siedzibą w Krakowie). Poprawka upadła.

Za wnioskami padło 41 głosów, przeciwko 2 głosy (Gdańsk reprezentujący 2 głosy).

W dyskusji nad wnioskami dra Jaronia podnosi dr Frąckowiak, że ten wniosek nie należy do dzisiejszego porządku dziennego. Dr Gołąb jest za przegłosowaniem go jeszcze przed referatami. Uchwalono.

Dr Liwszyc-Tomasik zgłasza wniosek: Zjazd stwierdza konieczność stworzenia jednolitej organizacji zawodowej świata lekarskiego i wypowiada się za ścisłą współpracą tejże z CKZZ. Uchwalono jednogłośnie.

Dr Gołąb: Odczytuje par. 14-ty Statutu Związku Lekarzy Kas Chorych. Proponuje wybór Komisji Matki.

Dr Biberstein zgłasza listę kandydatów do Komisji Matki, którą jednogłośnie przyjęto w następującym składzie:

Dr Czapnicki, dr Swat, dr Olesiński, dr Jaroń, dr Hanke, dr Sienkiewicz, dr Janusz i dr Starzyński.

Na wyborze Komisji Matki zakończono obrady w dniu 3 XI.

Drugi dzień obrad 4 XI 1945

Komisja Matka proponuje wybór Zarządu Głównego w następującym składzie:

Prezes: dr Jan Gołąb (Kraków).

Wiceprezesi: dr Czapnicki Henryk (Kraków), dr Martyński Stanisław (Warszawa), dr Hanke Edward (Katowice), dr Janusz Wiktor (Gdańsk-Gdynia).

Sekretarze: dr Ameisen Aleksander (Kraków), dr Grodecki Miłosz (Warszawa).

Skarbnicy: dr Biberstein Aleksander (Kraków), dr Jaroń Włodzimierz (Częstochowa).

Członkowie Zarządu: dr Liwszyc-Tomasik Stanisław, dr Osowski Aleksander, dr Sokołowski Józef, dr Spoczyńska Jadwiga, dr Ładyński (Kraków), dr Olesiński Ignacy (Warszawa), dr Paszkowski Aleksander (Kielce), dr Sienkiewicz Bolesław (Łódź), dr Starzyński Sławomir (Sosnowiec), dr Stefański Wacław (Rybnik-Pszczyna), dr Śnieżko Tadeusz (Tarnów), dr Zabłocki Adam (Białystok).

Zastępcy Członków Zarządu: dr Jasieński Jerzy dr Pawłowski Ferdynand (Kraków), dr Mąkowska Maria (Poznań), dr Waga Franciszek (Radom), dr Hoduńko Włodzimierz (Krosno), *vacat* (Lublin).

Komisja Rewizyjna: dr Ciećkiewicz Marian, dr Kusiak Marian (Kraków), dr Garbień Józef (Chorzów), dr Schimmer (Chrzanów).

Sąd honorowy: dr Stępowski Bronisław ,dr Swat Adam, dr Pieczarkowski Marian, dr Szyberna Stefan, (Kraków), dr Baborski Otmar (Bytom).

Wybór według listy Komisji Matki przyjęto jednogłośnie.

Wnioski dra Jaronia: uchwalono pkt 1) jako wniosek, pkt 2) jako dezyderat.

Dr Gołąb stawia wniosek: Zjazd delegatów upoważnia Wydział Wykonawczy Zarządu Głównego do wprowadzenia do statutu poprawek redakcyjnych, które okażą się konieczne przy zarejestrowaniu statutu Związku Lekarzy US. Jednogłośnie uchwalono.

Dr Stefański: ponieważ przyjęliśmy wybór Zarządu trzeba pomyśleć o podstawie materialnej i przeprowadzić uchwałę co do wysokości składek, trzeba rozstrzygnąć, czy składki mają być procentowe czy stałe.

Dr Gołąb referuje sprawę składek proponując jeden procent od poborów, Ze składki tej będzie się opłacać zarówno Z. L. U. S. jak i składkę do Z. L. P. P. Oddziały będą wpłacać składki do Okręgów, Okręgi zaś do Centrali. Jeżeli się połączymy ze Związkami Zawodowymi, to całą konstrukcję będziemy musieli zmienić. Proponuję jeden procent od poborów składać do Okręgów na potrzeby naszej organizacji.

Uchwalono jednogłośnie: strącać jeden procent poborów na potrzeby Związku Lekarzy U. S. z czego będą płacone składki do Związków L. P. P. Następnie omawiano koszta obecnego Zjazdu, których większą część ponosi Kraków, resztę rozdzieli się na poszczególne tereny.

Przystąpiono do programu drugiej części Zjazdu z tym, że dyskusja będzie się odbywać nad obu referatami łącznie.

Pierwszy referat wygłasza dr Liwszyc-Tomasik pt.:

POWSZECHNA SŁUŻBA ZDROWIA

Wstęp

Jest coś, co różni związek zawodowy lekarzy — zwłaszcza związek lekarzy ubezpieczalni społecznych — od innych związków: to szczególna funkcja i powaga trudu lekarskiego. Zdrowie ludności zajmuje jedno z czołowych miejsc w hierarchii wartości. Nic nam, wszelako, nie unaoczniło tak głębokiej zależności losów biologii człowieka od warunków społecznych, jak dopiero co miniona wojna. Swoista „patologia ucisku“ męczonych w obozach ludzi, ostry wyskok w nasileniu gruźlicy, fatalne skutki chronicznego niedożywienia wyżłobiły na naszym profilu biologicznym niezatarte ślady. Wyszliśmy z tej wojny bogatsi w okrutne doświadczenie, że nic — a zatem i praca lekarska — nie dzieje się w oderwaniu od całej naszej bujnej problematyki społeczno-politycznej, oraz że wojna przebyta miała również kolosalne, przeorywujące wszystko dokoła znaczenie światopoglądowe. Jak wszystkie inne zjazdy tak i ten zjazd musi zatem sformułować nasze cele i z wojny wynikające konsekwencje natury ogólnej i zasadniczej.

Poruszenie celów społecznych przez powstać mający Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społ. nie jest, wszelako, rzeczą nową. Przypomnieć warto, że u kolebki całego życia ideologicznego pierwszych lekarzy ubezpieczeniowych spoczywała myśl o konieczności zapewnienia pełnej, kwalifikowanej pomocy lekarskiej tej warstwie ludności, która w ówczesnych czasach była najbardziej wyzyskiwana i upośledzona. Chodziło wtedy o klasę pracującą, o klasę najmitów. Ówczesny Związek Lekarsko-Społeczny, protoplasta późniejszego Związku Lekarzy Kas Chorych musiał niejedną stoczyć batalię z tym obozem lekarzy, którzy się uparcie przed wszelkimi ubezpieczeniami społecznymi wzbraniali, Najszlachetniejsi przedstawiciele tego obozu utrzymywali, że w istocie samej pracy lekarskiej — ściśle indywidualnej — tkwią nieskażone pierwiastki etyczno-społeczne, że w dodatku istniejące tuż obok instytucje charytatywne, względnie opieka społeczna, należycie omaszczona duchem filantropii (w XIX wieku jeszcze cierpliwie przez masy znoszonej) zupełnie społeczeństwu wystarczają, zaś sumienia lekarzy nie mącą.

Dziś sytuacja z gruntu się zmieniła. Wśród niebotycznych trudności rodzi się nowy ustrój, którego istotnymi znamionami mają być — obok przywrócenia człowiekowi jego godności — uspołecznienie głównych elementów naszej produkcji i planowość gospodarki. Dziś prąd zdemokratyzowania naszego życia w sensie zapewnienia szerokim warstwom ludowym równych szans, równego startu i możliwości porywa dużą część inteligencji. Pociąga za sobą i lekarzy. Świat lekarski coraz bardziej uświadamiając sobie, że zdrowie jednostki jest zagadnieniem nie indywidualnym, lecz społecznym, wypowiada się w zasadzie za udostępnieniem pomocy lekarskiej wszystkim obywatelom. Nie ma ta pomoc być aktem łaski lub miłosierdzia, lecz wyrazem takiego samego obowiązku zbiorowości wobec jednostki, jak nim jest postulat prawa do pracy, do ochrony prawnej dla każdego obywatela, prawo do szkoły dla wszystkich

dzieci. Jednakże ograniczenie się do stwierdzenia, że zalewa nas fala dokonujących się wszędzie wielkich przeobrażeń dziejowych i że — w poczuciu fatalizmu sytuacji — nie pozostaje nam nic innego, jak dostroić się odpowiednimi hasłami do otaczającej nas „nowej rzeczywistości", upodobniło by nas do obcych nam duchem nuworyszów postępu i konjunkturalistów. Stworzyłoby to oczywiście dla naszej działalności podstawy ideowe nader kruche i nietrwałe. To też nie chcąc wpaść w pospolity już dziś snobizm demokratyczny, powinniśmy sobie — my lekarze ubezpieczalni społecznych — dokładnie uzmysłowić i uświadomić, jakie to nasze wewnętrzne, własne, wywodzące się z lekarskiej pracy zawodowej racje wyznaczają nam szczególną rangę i wyjątkową pozycję w obozie demokracji społecznej, jakie przesłanki, założone w medycynie samej, narzucają nam potrzebę domagania się upowszechnionej służby zdrowia w Polsce.

I. Przesłanki Powszechnej Służby Zdrowia.

Dadzą się one w skrócie ująć w następujących punktach:

1) Żądanie uspołecznionej służby zdrowia zdeterminizowane jest przez sam rozwój medycyny, jako nauki. Jesteśmy świadkami nieuchwytnej wprawdzie, lecz niemniej systematycznej ewolucji przedmiotu zainteresowania się dzisiejszej medycyny: człowiek chory, jako obiekt dotychczasowych badań, coraz więcej ustępuje miejsca człowiekowi zdrowemu z jego najdelikatniejszymi bądź funkcjonalnymi prepatologicznymi, bądź konstytucjonalnymi odchyleniami od normy. Tu właśnie bije jedno ze źródeł narodzin profilaktyki społecznej. Ona to z racji rozległości swych zadań i celów, z racji coraz bardziej umasowionego zasięgu obiektów swej kontroli zapładnia wielki obszar polityki socjalnej ideologicznymi przesłankami upowszechnienia pomocy lekarskiej.

2) Ubezpieczenia społeczne w swej dalszej perspektywie, w miarę swego posuwania się ku zabezpieczeniu całej ludności, są zainteresowane nie tylko w utrzymaniu na możliwie niskiej stopie procentu bezrobocia ale i w osiągnięciu możliwie wysokiego poziomu polityki zdrowotnej kraju. Wahania poziomu tej ostatniej łatwo odbijają się na kwocie, przeznaczonej na zasiłki chorobowe. Inicjatywą planu zaprowadzenia powszechnej służby zdrowia w Angliii wychodzi właśnie z kół ubezpieczeniowców z Beveridge'm na czele.

3) Coraz bardziej komplikująca się z każdym dniem struktura naszych społeczeństw, zwłaszcza zaś rozwój przemysłu oraz proces odbudowy kraju, nasiąknięte sanitarno-technicznymi punktami widzenia, czynią z lekarza nieodzownego doradcę i technika. Medycyna społeczna przestaje być zagadnieniem, obchodzącym wyłącznie świat lekarski i środowisko chorych. Bez współpracy i bez współudziału lekarza nie może się obejść ani szkoła, ani fabryka, ani żłóbek, ani sport, ani administracja. Z drugiej strony, jednakowoż, oswoić się musimy z faktem, że należyty rozwój instytucji leczniczo-profilaktyczno-sanitarnych wymaga wydatnego i aktywnego poparcia czynnika użytkowników pomocy lekarskiej, zwłaszcza zaś ludzi pracy.

4) Głęboko odczuwana jest potrzeba planowego zorganizowania naszego życia. To pragnienie wyplenienia z niego zarodków anarchii dyktuje również światu lekarskiemu konieczność racjonalnego i przemyślanego uchwycenia całokształtu zdrowia publicznego w ramy ustroju, podlegającego prawu liczenia się z potrzebami ogółu, a nie z chęcią zysków osobistych. Podobnie, bowiem jak inne dziedziny działalności ludzkiej, tak i zawód lekarski wplątany jest w krąg absurdalnych sprzeczności. Z jednej strony powszechny głód pomocy lekarskiej (w szczególności na wsi), z drugiej zaś strony — tragicznie i gorzko przez niektórych lekarzy odczuwana ich rzekoma nadprodukcja. Albo, — jeżeli popatrzyć na rzeczywistość z innej płaszczyzny: — wyczulona finezyjnie orientacja teoretycznej medycyny na człowieka zdrowego z najlżejszymi zaburzeniami czynnościowymi w jego ciele i psychice, obok częstej komercjalizacji i podświadomej spekulacji wielu lekarzy na wzrost chorobowości. Pozostawiam na boku znaną nam wszystkim — zgoła zresztą inflego rodzaju — koszmarno-groteskową antynomię zaprezentowaną nam w czasie okupacji przez tzw. lekarzy hitlerowskich, jakże często występujących w roli nie tylko czynnika chorobotwórczego, ale i śmiercionośnego.

5) Obfity plon doświadczeń i obserwacji zebranych dotąd z odcinka działalności ubezpieczeń społecznych, każe przewidywać, że upowszechniona służba zdrowia pociągnie za sobą wzrost kultury zdrowotnej społeczeństwa. Właściwa krucjata przeciw zabobonom i przesądom w zakresie ochrony zdrowia datuje się od ery ubezpieczeń społecznych. Zbędną jest rzeczą nadmieniać, że w tych warunkach ilość placówek lekarskich będzie wciąż wzrastała i lekarze będą mieli pracy w bród.

6) Upowszechnienie służby zdrowia — jak to zresztą widzieliśmy na przykładzie rozwoju ubezpieczeń społecznych zagranicą, zwłaszcza w Rosji Sowieckiej oraz w Niemczech i Austrii przedhitlerowskich umożliwia szybszy postęp medycyny, jako nauki. Zdobycze w dziedzinie badań — zwłaszcza klinicznych — nad gruźlicą i rakiem, opracowanie wielkiego obszaru chorób zawodowych, niebywały rozkwit rentgenologii i medycyny urazowej — zwłaszcza chirurgii i neurologii — udoskonalenia w zakresie fizykalnego lecznictwa i przemysłu farmaceutycznego — wszystko to w dużej mierze zawdzięczać należy ubezpieczeniom społecznym, względnie organizacji masowego lecznictwa.

7) Wreszcie niepośledni wpływ wywarłaby powszechna służba zdrowia na rekonstrukcję poważnie nadszarpniętej przez wojnę deontologii lekarskiej. Lekarz — oczywiście, dobrze w swoich potrzebach zabezpieczony i należycie przez społeczeństwo za swój odpowiedzialny trud wynagradzany, nie zmuszony do uganiania za groszem, — bardzoby zyskał na powadze i atorytecie.

II. Przeszkody w realizacji.

Przeszkody, piętrzące się na drodze do urzeczywistnienia powszechnej służby zdrowia sprowadzają się w chwili obecnej do braku lekarzy z ich wa-

pliwym rozmieszczeniem oraz do dewastacji naszej gospodarki. Pokutujące przed wojną wśród lekarzy poglądy przeciwne wszelkim próbom upowszechnienia lecznictwa — wywiały po obecnej wojnie ze świadomości świata lekarskiego prawie zupełnie. Samo życie ujawniło zwodniczość tych wszystkich stereotypów myślowych — w rodzaju nietykalności nieograniczonego wolnego wyboru lekarza, nieuchronności zapanowania szablonu w warunkach zorganizowanego lecznictwa masowego, wreszcie rzekomego zakłócenia i zniekształcenia w ambulatorium społecznym tej bezpośredniości kontaktu między lekarzem a pacjentem, jaka wyciskała piętno na erze medycyny indywiualnej. Nie zachodzi dziś potrzeba dokładnego demaskowania tej całej wysublimowanej mitologii, wstydliwie nota bene pomijającej milczeniem sprawę honorarium — nie zawsze pomyślnie regulującego bieg i kierunek leczenia chorego.

Istotną natomiast przeszkodę stanowi brak lekarzy oraz ciężka sytuacja finansowa naszego kraju. O tym zawsze przy snuciu planów powinniśmy pamiętać. Pozostało nas ok. 7000 lekarzy, spadliśmy na ostatnie niemal miejsce w tabeli, ilustrującej stosunek lekarzy do mieszkańców (warto przypomnieć, że przed wojną obecną wypadało w Polsce 3,7 lekarzy na 10000 ludzi, w przeciwstawieniu do Niemiec ze wskaźnikiem 9—10 : 10000, Czechosłowacji z 7,4—10000 i Rosji Sowieckiej z 5 : 10000). W dodatku pod względem rozmieszczenia przypominamy chyba Rumunię, gdzie na 7000 lekarzy — prawie 4000 praktykuje w Bukareszcie. Tak, jak i tam, tak i u nas wieś ciągle jest kopciuszkiem medycyny. Jeśli uwzględnimy przy tym złupienie i zniszczenie przez wroga naszych gmachów i urządzeń, to musimy dojść do wniosku, że nasycenie całej ludności pełnowartościową, bezpłatną pomocą lekarsko-profilaktyczno-sanitarną nastąpić by mogło po okresie choćby częściowego podźwignięcia się z zastanej ruiny i chaosu oraz po odchowaniu narybku lekarskiego, przynajmniej do wskaźnika 5 lekarzy na 10000 mieszkańców

III. Wytyczne organizacji

Już teraz jednak rysują się przed nami w perspektywie cztery możliwości organizacji służby zdrowia.

1) 2) Niezbyt realnymi wydają się koncepcje oparcia powszechnej służby zdrowia na chronicznie deficytowym samorządzie gminnym oraz na spółdzielniach zdrowia. Ten ostatni system, jakkolwiek byłby wsparty o prawdziwą, dobrowolną, twórczą i wychowującą masy demokrację, nie przyjąłby się u nas, gdyż — jak szczątkowe doświadczenia z naszymi spółdzielniami zdrowia pouczają — ani stopień uświadomienia, ani stopień zamożności naszego społeczeństwa nie zezwalają na kładzenie głównego nacisku na ten właśnie sposób rozwiązania zagadnienia.

3) Następna koncepcja — to koncepcja ubezpieczeniowa. Jej zwolennicy chcą wykorzystać ocalałą w czasie wojny solidną podstawę organizacyjną ubezpieczalni społecznej, by stworzyć z niej punkt krystalizacyjny dla Powszechnej Służby Zdrowia. Istotnie, jeśli zważymy, że ludności miejskiej było przed wojną około 10 milionów i że ubezpieczenia społeczne obejmowały około 4 miliony ludzi, to otrzymamy 40% ludności miast włączonej w zorganizowane lecznictwo społeczne. W miarę zwiększania się sektora gospodarki uspołecznionej odsetek ten stale by wzrastał. Nie powinniśmy jednakże zamykać oczu na to, że projekt ten sprzeczny jest z coraz widoczniejszą tendencją rozluźnienia historycznie przypadkowego związku lecznictwa z ubezpieczeniami społecznymi. Widzimy to zarówno w Anglii, jak i w Rosjii. Poza tym projekt ten, przewidujący również przekazanie działu zasiłkowego (obok leczniczego) kompetencji Ministerstwa Zdrowia stworzyłby w jednej instytucji podwójną zależność od 2 ministerstw i mijałby się z powszechną już dziś dążnością sprowadzenia różnych form ubezpieczeń społecznych do wspólnego mianownika — tzn. do utworzenia jednolitych ubezpieczeń społecznych od braku zarobku.

4) Pozostaje czwarty i tym razem jedynie realny, moim zdaniem, wariant — ześrodkowanie działalności i organizacji powszechnej służby zdrowia w jednej centralnej władzy państwowej. Dawałoby to rękojmię ujednolicenia, przejrzystości i szybkości wprowadzenia w życie przyjętej z góry linii generalnej. Miałoby to wielkie znaczenie w naszym zniszczonym przez wroga kraju. Grożące temu systemowi zwyrodnienie biurokratyczne oraz szablonowość dałyby się zażegnać w drodze powołania do życia komisji, względnie rad zdrowia (zresztą już z różnych stron proponowanych i dawno w Anglii — jako councils — realizowanych), w którychby czynnik wyłoniony z samorządu terytorialnego, ze związków zawodowych, spółdzielczości, instytucji naukowych itp. spełniał funkcje doradcze, kontrolne i opiniodawcze — u boku odnośnej instancji na każdym szczeblu drabiny administracyjnej — (tzn. przy Lekarzu Okręgowym, przy pow. Urzędzie Zdrowia, przy wojew. Urzędzie Zdrowia i przy Minist. Zdrowia). W ten sposób przedstawia się koncepcja Powszechnej Służby Zdrowia — scentralizowanej, lecz równocześnie obwarowanej w terenie autonomią. Tak pojęta Państwowa Służba Zdrowia zakładałaby konieczność upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego, aptek i wszystkich uzdrowisk. Koszty Państwowej Służby Zdrowia pokrywałby Skarb Państwa — pospołu z ubezpieczeniami społecznymi i ze samorządami.

Kierować się przy tym powinniśmy — w przejściowym okresie — następującymi wytycznymi:

1) Podaną w przesłanym przez Naczelną Izbę Lekarską planie myśl powołania do życia na okres przejściowy terenowych Rad Koordynacji Lecznictwa i Zapobiegania, złożonych z przedstawicieli (przede wszystkim fachowców) ubezpieczalni, samorządu terytorialnego i państwa (oraz ewentualnie izb lekarskich) uważamy w zasadzie za słuszną. Rady te w okresie przejściowym stanowiłyby wstęp do podporządkowania rozproszonych i podległych dotychczas równym resortom form lecznictwa jednolitemu kierownictwu — tzn. Ministerstwu Zdrowia. W praktyce oznacza to ściągnięcie również lecznictwa ubezpieczeniowego pod wspólny parasol Ministerstwa Zdrowia. W dalszej perspektywie takie ujednolicenie musi sprowadzić zmniejszenie

zbędnych kosztów administracyjnych i usprawnienie służby zdrowia przez usunięcie kłopotliwej wielotorowości oraz należyte gospodarowanie funduszem lecznictwa, „utworzonym z wkładów ubezpieczalni, samorządów, państwa (i innych) proporcjonalnie do zakresu działania każdego z udziałowców".

2) Z uwagi na to, że nie stać nas jeszcze na improwizacje i układanie nowych — nieraz kuszących — modeli, powinniśmy przy wznoszeniu gmachu powszechnej służby zdrowia wyzyskać zastany po wojnie zrąb techniczny dotychczasowych instytucji leczniczych oraz organizacyjne zdobycze lecznictwa społecznego. W praktyce wchodzą tu w grę istniejące w liczbie około 500 ośrodki zdrowia oraz ubezpieczalnie społeczne. Jeśli idzie o te ostatnie, to użytek z nich może być dwojaki. W terenie, tzn. w mniejszych miastach i miasteczkach, gdzie rozbudowaniu racjonalnie pomyślanych urządzeń leczniczo-zapobiegawczych stoją braki technicznej natury na przeszkodzie, będzie się musiało — przynajmniej na jakiś czas — zachować instytucję lekarza domowego, odpowiednio oczywiście udoskonaloną (względnie zaopatrzoną w pomoc pielęgniarską). Istniejące obok tego w tych miejscowościach okręgowe ośrodki zdrowia (według klucza 1 ośrodek na 8—10 tysięcy mieszkańców, lub też 1 ośrodek na 1—2 gmin w terenie wiejskim o średnicy 10 km) obejmowałby ambulatorium lecznicze, najważniejsze przychodnie, kuchnię mleczną, dział sanitarno-techniczny oraz propagandowo-higieniczno-oświatowy obok izby chorych na parę łóżek i natrysków dla młodzieży. W niektórych rozrzuconych powiatach uwzględnićby należało możliwość zaprowadzenia ruchomych kolumn sanitarnych (z jedno—dwurazową ordynacją w danej wsi), lub też stacją pogotowia ratunkowego. Na prowincji zatem ośrodek zdrowia oraz gabinet lekarza domowego byłyby podstawowymi ogniwami pozaszpitalnej pomocy lekarskiej.

W większych natomiast miejscowościach, zwłaszcza w miastach przemysłowych i uniwersyteckich, gdzie łatwiej o odpowiednią adaptację budynków, można się pokusić już obecnie — tam, gdzie to jest już technicznie możliwe — o wprowadzenie zdecentralizowanego ambulatoryjno-zespołowego typu lecznictwa, bardziej przystosowanego do wyższego poziomu wiedzy oraz do powojennego tempa i rytmu życia wielkomiejskiego. Te zdecentralizowane lecznicze ambulatoria zespołowe byłyby odpowiednio znormalizowane) w sensie określonej ilości porad dziennych i porad na godzinę) i urządzone — osobno dla dorosłych i osobno dla dzieci (dla tych ostatnich wypadałaby dwa razy mniejsza ilość ambulatoriów któreby obejmowały conajmniej pediatrię, chirurgię, otolaryngologię i stomatologię). Powyższe ambulatoria zespołowe miałyby na fabrykach swoje filie w postaci ambulatoriów fabrycznych (według klucza 1 : 500 robotników) dla profilaktyki i udzielania pierwszej pomocy.

W większych miastach istniałyby też instytucje profilaktyczne i profilaktyczno-lecznicze typu poradni (względnie przychodni dla chorób społecznych) również odpowiednio zdecentralizowane. Wspomniane lecznicze ambulatoria zespołowe wraz z tymi poradniami, względnie przychodniami dla chorób społecznych byłyby zatem głównymi komórkami podstawowymi lecznictwa pozaszpitalnego w większych miastach.

Co do szpitala, to byłoby rzeczą pożądaną, z uwagi na znaczne zacofanie naszego kraju pod względem korzystania z fachowej obsługi położniczej, (do września 1939 r. kobiety korzystały z pomocy położnych w 35% porodów!) pomyśleć o pokryciu terenu siecią odpowiednio rozmieszczonych i dostępnych ludności zakładów położniczych, względnie — będących filiami szpitali — porodówek rejonowych, gdzieby kobiety mogły odbywać poród i połóg w znośnych warunkach higienicznych. Szpitale wojewódzkie byłyby równocześnie zakładami szkolącymi oraz desygnowałyby tzw. Inspektorów Lecznictwa, kontrolujących lecznictwo w dziedzinie odpowiedniej specjalności na terenie województwa. Analogiczną funkcję w stosunku do lecznictwa na terenie powiatu (zwłaszcza gmin) pełniłyby szpitale powiatowe.

3) Wobec konieczności przystosowania się i nagięcia kształcących się kadr przyszłych lekarzy i innych pracowników Służby Zdrowia do nowych zadań, rozpatrywanych pod kątem widzenia upowszechnionego lecznictwa, nasuwa się już obecnie potrzeba poważnego zastanowienia się nad wciągnięciem Ministerstwa Zdrowia do współkierowania (wraz z Departamentem Szkół Wyższych przy Ministerstwie Oświaty) wszystkimi lekarskimi zakładami naukowymi, zarówno typu szkolnego, jak i badawczo-naukowego.

Reformę studiów powinno się przeprowadzić w kierunku ich upraktycznienia, przystosowania do potrzeb wsi, ewentualnego zróżnicowania dyplomów wraz z rozdwojeniem końcowym o okresu studiów. W programie nauczania należy szczególnie obszernie uwzględnić patologię społeczną, higienę społeczną i politykę zdrowotną kraju.

IV. Dezyderaty na okres najbliższy

Dezyderaty nasze, odnoszące się do najbliższego etapu, możliwego do zrealizowania od zaraz, dadzą się ująć w dwie grupy: I-a grupa obejmuje sprawę ubezpieczeń społecznych, zaś II-a grupa tyczy lecznictwa w ogóle.

I. Odnośnie ubezpieczeń społecznych należy już obecnie rozpocząć:
1) objęcie ubezpieczeniem na wypadek choroby wszystkich robotników rolnych i leśnych oraz chałupników wiejskich; rozciągnięcie na nich reszty ubezpieczeń społecznych,
2) ustawowe zapewnienie członkom rodziny ubezpieczonego możliwości nieograniczonego — co do czasu trwania choroby — korzystania z pomocy lekarskiej,
3) systematyczne — choć w naszym kraju z konieczności powolne — zbliżanie się do realizowanego w angielskim projekcie ubezpieczeń społecznych ideału wypłacania zasiłków tak długo, jak długo trwa choroba,
4) podwyższenie zasiłków dla grupy osób z niskimi stawkami zarobkowymi,
5) dalszą rozbudowę ubezpieczeń społecznych na wypadek braku pracy z odpowiednim pod-

sieniem zasiłków i odpowiednie zabezpieczenie starców; odciążyłoby to w dużej mierze ubezpieczenia chorobowe i położyłoby tamę wadliwemu nastawieniu ubezpieczonego, doszukującego się w ubezpieczalni społecznej również funduszu dla bezrobotnych w krytycznych dla siebie chwilach,

6) oddzielenie lecznictwa od administracji i podporządkowanie go Ministerstwu Zdrowia.

II. Odnośnie organizacji lecznictwa w ogóle dezyderaty nasze są następujące:

1) aż do czasu uruchomienia funduszów na objęcie bezpłatnym leczeniem szpitalnym wszystkich powyższych chorób powinno się przyznać całej ludności prawo do bezpłatnej pomocy szpitalnej w zakresie chorób zakaźnych, wymagających bezwzględnej izolacji oraz w zakresie innych, ostrych, nagłych i bezpośrednio życiu zagrażających schorzeń,

2) należy w najkrótszym czasie upaństwowić wszystkie dotychczas nieupaństwowione uzdrowiska,

3) należy obniżyć ceny leków do granic zbliżonych do kosztów produkcji oraz już obecnie wszcząć kroki w kierunku upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego i aptek,

4) należy wprowadzić instytucję akuszerek gminnych i rozpocząć forsowne szkolenie położnych (by dojść do wskaźnika 1:3000) z przeznaczeniem stypendiów dla tych ostatnich,

5) pospieszne szkolenie i dokształcanie pielęgniarek, higienistek i kontrolerów sanitarnych powinno iść m. i. w kierunku zwolnienia lekarza z całego szeregu zbędnych czynności administracyjnych,

6) jeśli idzie o zapoczątkowanie organizacji powszechnej służby zdrowia na wsi, należy aparat tej służby przede wszystkim zaopatrzyć w środki transportowe dla przewozu lekarzy i chorych. Umożliwiłoby to z biegiem czasu urządzenie na prowincji stacji pogotowia ratunkowego;

7) w ramach odbudowy i przebudowy kraju, mających się zająć m. i. również asanacją techniczną wsi, należałoby się zawczasu zakrzątnąć w drodze wydania gminom odpowiedniego zarządzenia — dokoła wyszukania i odpowiedniego zaadaptowania mieszkań dla lekarzy wiejskich lub pomieszczeń dla gminnych ośrodków zdrowia w majątkach popańskich.

8) departament Organizacji Służby Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia powinien zawczasu zająć się opracowaniem odpowiednich norm pracy (ilość godzin pracy dziennej, ilość porad w ciągu godziny) dla lekarzy każdej specjalności — w duchu stopniowego i systematycznego (w miarę przybywania lekarzy) zmniejszania istniejących dotąd jaskrawych różnic między lecznictwem indywidualnym a społecznym.

Zdajemy sobie dobrze sprawę, że przytoczone wyżej założenia podstawowe, wytyczne i dezyderaty wnoszą pewne nowe elementy do już rozpracowanego dorobku myślowego naszych środowisk organizacyjnych. Stanowią one ponadto próbę wyjścia poza dyskusję i praktycznego rozwinięcia przyjętych przez nas zasad. Niemniej sądzimy, iż ustalenie pewnej kolejności potrzeb i zadań ze strony kolektywu lekarskiego, który ma już za sobą doświadczenie na odcinku uspołecznionej służby zdrowia i z biegiem lat potrafił zająć określoną w stosunku do zjawisk społecznych postawę, będzie cenną wskazówką dla wszystkich, którzy wysiłkiem swym i myślą chcą się przyczynić do odbudowy naszego kraju w duchu prawdziwej i konstruktywnej sprawiedliwości społecznej.

Następnie wygłasza referat dr Jan Hozer pt.:

PODPORZĄDKOWANIE LECZNICTWA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH MINISTERSTWU ZDROWIA

Ubezpieczenia społeczne, które jeszcze do niedawna nazywały się „zdobyczą świata pracy", stały się dziś niezbędnym urządzeniem nowoczesnego państwa. W swej ewolucji przebyły dwa główne okresy. Okres odszkodowawczy, wypełniony prawie wyłącznie myślą pieniężnego odszkodowania wypadków losowych i okres świadczeniodawczy nacechowany rozrostem kas chorych i świadczeń leczniczych na równi z zasiłkowymi.

W tej chwili wchodzimy w okres trzeci, opanowany ideologią nowoczesnej medycyny społecznej i jej myślą zapobiegawczą. Wchodzimy w okres zapobiegawczy.

Ideologia, jaką reprezentuje myśl zapobiegawcza medycyny społecznej odrzuca przestarzały i sztywny pogląd biernego odszkodowywania skutków ryzyka losowego i wydawania olbrzymich sum z majątku narodowego na świadczenia, którym przez jednolitą długoterminową i fachową politykę zdrowotną można w dużym stopniu zapobiec.

Stanowiskiem jedynie słusznym z punktu widzenia zdrowotności publicznej i ekonomii społecznej, a także jedynie słusznym z punktu widzenia ubezpieczeniowego jest CZYNNE USUWANIE PRZYCZYN zachorowań i niezdolności do pracy, nie zaś BIERNE ODSZKODOWYWANIE SKUTKÓW zachorowania i niezdolności.

Niestety, w ciągu ostatnich lat ubezpieczenia chorobowe wprzągnięte w rydwan ubezpieczeń długoterminowych wraz ze skomplikowaną i ciężką ustawą scaleniową, z ciężką i nadmiernie rozrosłą administracją, przestały się posuwać po linii tej polityki zdrowotnej. Nie tylko nie rozwijały myśli zapobiegawczej, ale polikwidowały bardzo wiele działów lecznictwa i zapobiegania. Zlikwidowały prawie zupełnie dział chorób zawodowych. Zwęziły świadczenia zębolecznicze tak ważne z punktu widzenia zapobiegawczego. Zamiast udoskonalić poważny dorobek systemu ambulatoryjnego i usunąć jego niedomagania, dorobek ten zburzyły. Zaniechały rozbudowy własnych szpitali. Obniżyły okres świadczeń leczniczych zamiast okres ten przedłużyć. Jedną z najciemniejszych plam było wyeliminowanie z ubezpieczenia chorobowego robotników rolnych, leśnych, chałupników wiejskich, ogrodników, służby rybackiej itd., wskutek czego zdrowotność wsi spadała z powrotem do poziomu średniowiecza. Utrudniły nieskrępowane

korzystanie ze świadczeń leczniczych, a równocześnie i zapobiegawczych przez wprowadzenie dodatkowych opłat za porady i leki. Nie chciano uznać elementarnej zasady zapobiegania, która głosi, że zapobiegać można chorobom skutecznie i wcześnie tylko wówczas, gdy ubezpieczony ma zupełnie swobodny dostęp do lekarzy nawet wówczas, gdy nie jest naprawdę chory, a do lekarza wiedzie go tylko subjektywne poczucie choroby.

Polityka lokacyjna funduszów ubezpieczeniowych była jak najfatalniejsza. Była antizdrowotna, antiorganizacyjna, antiekonomiczna, antipupillarna i sprzeczna z samymi zasadami ubezpieczenia. Nie po to gromadzi się fundusze ubezpieczeniowe, aby je lokować w linii Gdynia-Ameryka albo w luksusowych hotelach i kamienicach, z których nigdy ubezpieczeni naprawdę nie korzystają, ale po to, aby dawać równe i od konjunktur najmniej zależne świadczenia i aby przewidującą polityką zapobiegawczą czynić te świadczenia możliwie zbędnymi lub ich udzielanie opóźnić. Zamiast lokować dużą część kapitału długoterminowego w objektach takich jak higieniczne mieszkania dla robotników i ciężko pracujących pracowników umysłowych, w szpitalach chirurgii urazowej, we własnych fabrykach urządzeń zapobiegawczych, protezowniach, instytutach służących przywracaniu inwalidów czynnemu życiu zawodowemu itp., lokowano fundusze w sposób z ich przeznaczeniem społecznym i ekonomicznym niezgodny. A działo się to wskutek braku jednolitej polityki zdrowotnej kraju. Wszelka w tym kierunku wysuwana krytyka była rzucaniem grochu o ścianę. Ubezpieczenia uległy pod tym względem ideologicznemu uwiądowi starczemu, który uczynił je bezbronnymi wobec rozmaitych zakusów. Kontrola ubezpieczonych została zniszczona przez odebranie samorządu, a odpowiedzialność przesunęła się na komisarzy rządowych z sześciotygodniowym kursem ubezpieczeniowym. Bezbronność ubezpieczeń doprowadziła do tego, że pracodawcom podarowano kilkaset milionów złotych (przedwojennej wartości) tytułem zaległych składek. Była to jakby premia za sprzeniewieżenie składek ubezpieczeniowych i zachęta do dalszych w tym kierunku nadużyć. To też ubezpieczenia musiały gwałtownie obniżyć świadczenia zdrowotne.

Ustawa ubezpieczeniowa wprowadziła niefachowe kierownictwo nad leczeniem i zapobieganiem. Art. 45 ustawy scaleniowej mówi, że na czele dyrekcji stoi dyrektor ubezpieczalni (nie-lekarz), a art 46, że dyrektor jest „zwierzchnikiem“ pracowników ubezpieczalni nie wyłączając członków dyrekcji, tj. nie wyłączając i naczelnego lekarza. Ustawa sankcjonuje więc zwierzchnictwo czynnika niefachowego nad fachowym, a czyni to właśnie nie gdzieindziej, lecz w ubezpieczeniu chorobowym, którego istotą jest fachowe lecznictwo, nie zaś czynności administracyjno-asekuracyjne. Bo nawet zasiłkowanie jest tu funkcją czysto lekarską i o zasiłku decyduje tylko lekarz. To też nic dziwnego, że wobec bezwzględnej preponderancji czynnika administracyjnego, z opinią lekarską nie wiele się liczono, lecznictwo zorganizowano źle i zbiurokratyzowano. Co gorsze, to to, że za złą organizację lecznictwa i zbiurokratyzowanie odium spadało na lekarzy, nie zaś na właściwych winowajców. Organizacja lecznictwa wywoływała falę niezadowolenia w społeczeństwie, niezadowolenia, które trwa do dnia dzisiejszego. Depopularyzowało to samą ideę ubezpieczeń społecznych. Świat lekarski w tych warunkach nie miał możności postawić organizacji lecznictwa na odpowiednim poziomie, bo musiał się latami całymi bronić przeciw całkowitemu podporządkowaniu służbowemu pod niefachową administrację i toczyć homeryckie boje o umowy zbiorowe.

Trudno się dziwić, że w tych warunkach wśród różnych sfer społecznych i gospodarczych pojawiły się rozliczne protesty przeciw dalszemu należeniu do terytorialnych ubezpieczalni. Zaczęło się odrywanie poszczególnych instytucji, począwszy od banków, samorządów większych miast, monopoli państwowych, lasów państwowych, a skończywszy na przemyśle wojskowym. Odpadły instytucje o wyższych grupach zarobkowych, bez których ubezpieczenia nie są w stanie dawać świadczeń dostatecznie wysokich i dostatecznie równych. Była to polityka powolnego samobójstwa ubezpieczeń, prowadząca do upadku zdrowotności ubezpieczonych pozostałych w kurczących się terytorialnych ubezpieczalniach.

Bo życiową podstawą ubezpieczeń jest terytorialność polegająca na zjednoczeniu w tej samej instytucji najwyższych i najniższych grup zarobkowych. Jest to zarazem zasada wzajemności i powszechności, która stanowi główny rys ideologiczny ubezpieczenia uzasadniający jego nazwę: „ubezpieczenie społeczne“. Trudno się dziwić. Ubezpieczenia chorobowe nie rządzone przez fachowych lekarzy nie umiały w prących do wyłączenia instytucjach urządzić lecznictwa tak, aby ono odpowiadało ich potrzebom i specyficznej wewnętrznej organizacji. Nie potrafiły więc urządzić, ani nawet nie kusiły się o urządzenie odpowiedniego lecznictwa ubezpieczeniowego w łonie kolejnictwa, samorządów, wielkich skupisk zakładów pracy itd.

Następstwem tego wyłączenia i nieudolności organizacyjnej było dalsze rozproszkowywanie agend zdrowia publicznego, które i tak już były w kraju absurdalnie rozproszkowane na kilkanaście rozmaitych instytucji, organizacji, resortów. Ubezpieczenia nie tylko nie umiały utrzymać swej jednolitości, ale nawet zorganizować współpracy z innymi instytucjami, jak ze szpitalnictwem, z ośrodkami zdrowia, z samorządami itp. Ta największa instytucja zdrowotna, jaką były ubezpieczenia przeciwdziałała więc raczej przez swoje błędy jednolitej polityce zdrowotnej w kraju pomimo, że należała do tego samego resortu pracy, co i zdrowie publiczne.

To też postulat scalenia agend zdrowia publicznego we wszystkich jego postaciach w Ministerstwie Zdrowia istniał już na wiele lat przed wojną i nie jest postulatem natury ambicjonalnej lub konjunkturalnej, lecz postulatem konieczności państwowej. Jeżeli mimo podporządkowania zdrowia publicznego resortowi pracy istniała w Polsce niebywała wielotorowość w sprawach zdrowia i rozproszkowanie agend zdrowotnych na kilkanaście instytucji, to dowód, że przyczyną tej wielotorowości był brak resortowej suwerenności i samodzielności spraw zdrowia. Brak tej resortowej suwerenności jaskrawo od-

bijał od suwerenności mniej od zdrowia ważnych działów gospodarki państwowej, jak np. resortu poczt i telegrafów.

Dziś mamy Ministerstwo Zdrowia, które nareszcie reprezentować będzie w Państwie to najważniejsze dobro ekonomiczno-społeczne, jakim jest zdrowie publiczne. Ochrona tego zdrowia obciąża nas lekarzy i Ministerstwo Zdrowia i nikt inny nie jest powołany do tego, aby odpowiedzialność tę wziąść na swoje barki. Polityka zdrowia ma swoje własne cele i metody. Cele te i metody muszą być dostosowane do każdoczesnego stanu medycyny ścisłej i społecznej a nie mogą być krępowane sztywnymi ustawami, które zrobił człowiek i człowiek może zmienić. Nie może tu więc stać na przeszkodzie ani żadna ustawa scaleniowa, którą można zmienić kilkoma pociągnięciami dekretującego pióra, ani sprawa kompetencji, które jednym pociągnięciem pióra można rozdzielić, ani sprawa jakichkolwiek ambicji, które muszą ustąpić na bok tam, gdzie chodzi o zdrowie publicune.

Ubezpieczenia społeczne są zdobyczą socjalizmu. To też nie można się dziwić, że resort pracy jako zdobycz socjalizmu troskliwie podporządkowywał sobie również i sprawy zdrowia, które w epoce walk o prawa robotnicze wypisywane były na transparentach pochodów politycznych na równi z innymi postulatami społecznymi świata pracy. Jednak dziś motyw ten jest już anachronizmem. Nikt dziś nie zamierza likwidować tej zdobyczy socjalizmu, a przeciwnie — chce ją rozszerzać.

Krytyka powyższa jest potrzebna dla uzasadnienia postulatu włączenia lecznictwa ubezpieczeniowego do Ministerstwa Zdrowia. Lecznictwo z ubezpieczenia chorobowego, a także część leczniczo-zapobiegawcza i restytucyjna ubezpieczenia wypadkowego, emerytalnego robotników i pracowników umysłowych musi być podporządkowana jednolitej ogólnej polityce zdrowotnej. Resort zdrowia nie miałby racji bytu, gdyby ten największy dział zdrowotności był mu odjęty.

Wraz z tym lecznictwem musi być wyosobniony fundusz ubezpieczeniowy przypadający na świadczenia. Wyłączenie funduszu lecznictwa z ubezpieczeń nie będzie żadną rewolucją ani psuciem istniejącego dorobku organizacyjnego, lecz zwykłym manewrem buchalteryjnym. Składki na ubezpieczenie chorobowe mimo scalenia przy wymierzaniu i ściąganiu, ulegają tak czy tak repartycji. W tym dowód, że nawet w ramach samego ubezpieczenia fundusz chorobowy jest oddzielny. Jeżeli do tego dodamy część funduszów przeznaczonych na lecznictwo z ubezpieczenia wypadkowego i ubezpieczeń emerytalnych, otrzymamy sumę, która zużyta celowo w usługach jednolitej polityki zdrowotnej kraju wraz z innymi funduszami zdrowia publicznego dać musi błogosławione owoce.

Niechże więc ubezpieczenia przy pomocy swojego aparatu administracyjnego ściągają dalej wszystkie składki, a między nimi i składki na ubezpieczenie chorobowe. Jeżeli do nich dojdą składki przez ubezpieczenie tych, którzy dotychczas do ubezpieczenia nie należeli, a więc robotników rolnych, pracowników kolejowych, państwowych itd., to powstały fundusz można będzie nazwać „Funduszem Lecznictwa i Zapobiegania" dla świata pracy najemnej. Stanowić on będzie podwalinę „Funduszu powszechnej służby zdrowia".

Jeżeli powszechną służbę zdrowia uważamy za konieczność państwową, a zdaje się pogląd ten dojrzał już w umysłach wszystkich, to jego spełnieniu nie mogą stanąć na przeszkodzie żadne względy nieistotne. Jedyne zastrzeżenie, jakie tu możemy brać pod uwagę jest to, aby przez jakieś nierozważne lub zbyt pospieszne pociągnięcia reorganizacyjne nie wywołać chaosu i nie zepsuć dotychczasowego dorobku. Koordynacja działań w dziedzinie zdrowia była i będzie zawsze czynnikiem w organizacji pożytecznym. Scalenie rozproszonych agend i scalenie kilkunastu administracji w jedną administrację będzie zawsze pociągnięciem dodatnim. Administracja zawsze ma tendencję nadmiernego rozrastania się. Nie trudno domyśleć się, ile musi kosztować kilkanaście administracji w kilkunastu instytucjach i organizacjach zdrowotnych, jakie do ostatnich czasów zajmowały się zdrowiem publicznym. Złączenie ich w jedną administrację, da napewno olbrzymie oszczędności, które będzie można zużyć znacznie produktywniej, bo na świadczenia zdrowotne.

Oddanie fachowych czynności pod fachowy nadzór jest również postulatem nie mogącym podlegać dyskusji.

Chodzi o **oddzielenie lecznictwa od administracji**. Ubezpieczenie chorobowe jako par excellence fachowo-lecznicze może mieć jako zwierzchnika tylko lekarza naczelnego podlegającego z kolei fachowemu nadzorowi powołanych do tego organów zdrowia, a w najwyższej instancji Ministra Zdrowia. Nikt inny tym zwierzchnikiem być nie może. Administracja w ubezpieczeniu chorobowym nie powinna przekroczyć 5% przypisu składek. Do tych 5% nie potrzebuje niefachowego w lecznictwie dyrektora będącego na domiar złego zwierzchnikiem naczelnego lekarza. Administracja ubezp. chor. musi się ograniczyć do czynności pomocniczych dla lecznictwa i podporządkować całkowicie lekarzowi naczelnemu będącemu w jednej osobie dyrektorem. Bez głębszego zmieniania ustawy ubezpieczeniowej wystarczy tu wprowadzić na wszystkich szczeblach podział organizacyjny ubezpieczalni na dwa działy i stworzyć „Wydział lecznictwa i zapobiegania" z dyrektorem lekarzem, a osobno „Wydział ubezpieczeń długoterminowych" z dyrektorem ubezpieczeniowcem. Pierwszy podlegać winien Ministerstwu Zdrowia, drugi Ministerstwu Pracy i O. S. Wszystko to może odbyć się przez zwykłe zadekretowanie zmian w art. 45 i 46 ustawy i konsekwentnie w innych postanowieniach ustawy i statutu. To samo w Zakładzie Ubezpieczeń społecznych i w statutach organizacyjnych odnośnych Ministerstw. Ubezpieczalnia zostaje dalej ubezpieczalnią, nic w zasadzie się nie zmienia. Wszystko pozostaje w tym samym budynku, może nawet w tym samym pokoju i na tym samym biurku. W lecznictwie to oddzielenie zwierzchnictw i kompetencji niczego nie burzy i nie zmienia. Natomiast zmieni się duch, który dotychczas zatruty był przez niewłaściwy stosunek administracji ubezpieczeniowej do lekarzy. Skończą się bezsensowne boje lekarzy z administracją, boje homeryckie, które

świat lekarski beznadziejnie toczył przez 20 ostatnich lat. Kto zna dzieje tych bojów, jakie toczyły się o to, aby lekarze nie byli tępymi i bezwolnymi urzędnikami na usługach administracji, lecz pełnoodpowiedzialnymi za zdrowie ubezpieczonych kontrahentami, ten nie zdziwi się, jeżeli wszystkich nawoływać będziemy do stanięcia murem za postulatem oddzielenia lecznictwa od administracji ubezpieczeniowej. Jestem przekonany, że po tej separacji stosunki ułożą się jak najlepiej, a przede wszystkim dla zdrowia publicznego o wiele korzystniej. Do dziś dnia toczyła się ustawiczna raz cicha to znów głośna walka między lekarzem naczelnym a dyrektorem i stojącą za nim administracją. Albo lekarz naczelny był indywidualnością wybitną i wówczas jego stanowisko było niepewne, albo był indywidualnością słabą, a wówczas niepodzielnie rządziła administracja nielekarska. Są to rzeczy powszechnie znane. Przez podział ubezpieczalni na 2 wydziały z osobnymi dyrektorami anomalie te znikną. Wprowadzi się jasność w sprawy dotąd zupełnie niejasne, zupełnie nieodpowiednio w ustawie ujęte i dla funkcjonowania lecznictwa szkodliwe.

Nasuwa się jeszcze jedno pytanie. Kto ma być wykonawcą ubezpieczenia chorobowego wyjętego spod kompetencji Inst. ubezp. społ. a oddanego pod kompetencje Ministra Zdrowia?

Odpowiedź zupełnie prosta. Wykonawcy zostają ci sami. W ubezpieczeniu chorobowym wykonawcami byli lekarze i lekarze zostaną nadal. Zmieni się tylko resort nadzorczy. W ubezpieczeniu chorobowym pozostanie ta część personelu z administracją lecznictwa, która będzie potrzebna do pomocy przy administrowaniu lecznictwem, a reszta pozostanie jak dotychczas w agendach ubezpieczeń długoterminowych. Wówczas nie będzie nikogo kłuć w oczy, że w Ubezp. chorob. jest 2 razy więcej urzędników niż lekarzy.

Usamodzielnienie lecznictwa ubezpieczeniowego jest koniecznością wobec zbliżającej się powszechnej służby zdrowia. Ubezpieczenie chorobowe wraz ze swoją siecią placówek musi stać się jądrem krystalizacyjnym powszechnej służby zdrowia, gdyż tylko organizacja ubezpieczenia chorobowego do tego w kraju dorosła. Ubezpieczenie chorobowe odegra po raz drugi w historii ruchów ekonomiczno-społecznych i zdrowia publicznego wybitną rolę. Powszechna służba zdrowia nie oparta o tę największą instytucję byłaby organizacją kadłubową, która nie mogłaby odegrać większej roli. Natomiast ubezpieczenie chorobowe jako podstawa sieci zdrowotnej powsz. sł. zdrowia odegra rolę olbrzymią. Jest to jedyna instytucja która przetrzymała wszystkie wstrząsy konjunkturalne, nie wyłączając największego wstrząsu, jakim była wojna. Jest to jedyna instytucja rozporządzająca ogromnymi kapitałami, które wzmocnione o dalsze kapitały, z jakich składać się będzie fundusz powszechnej służby zdrowia, pozwoli stworzyć instytucję o olbrzymich możliwościach.

Zaś my lekarze miejmy na oku jedno. Nie wolno nam przypatrywać się biernie sprawom, które nadchodzą i nadejść muszą. Nadejdą bowiem i bez nas. Wówczas nie będziemy mieli prawa żalić się, że zadecydowano o nas bez nas, że aparat zdrowia zostanie opanowany przez kogo innego, a nie przez lekarzy. Może łatwo przy naszej bierności powtórzyć się to, co było z ubezpieczeniami. Wielka część świata lekarskiego odżegnywała się w swoim czasie od ubezpieczeń społecznych w okresie ich narodzin. Wówczas ubezpieczenia wziął w rękę wyłącznie czynnik partyjno-polityczny, a w ślad za nim czynnik administracyjny. Lekarze zostali na boku i do dziś dnia świat lekarski nie może odzyskać wówczas utraconych pozycji. Nie popełniajmy po raz drugi tego samego błędu, błędu o jeszcze większych rozmiarach. Jeżeli nie chcemy, aby powszechna służba zdrowia od samego początku uległa zbiurokratyzowaniu i wypaczeniu, musimy się wszyscy ustosunkować do niej od samego początku pozytywnie. Sposobność do tego jest w tej chwili jedyna, gdyż zdrowie publiczne we wszystkich cywilizowanych krajach wypisane jest dziś na sztandarach ruchów politycznych i mieści się w programach wszystkich rządów.

Przez włączenie ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia i podporządkowanie go Ministerstwu Zdrowia nadamy organizacji powsz. sł. zdrowia siłę ponadkonjunkturalności, jaka cechuje ubezpieczenia. Wiadomo jak ujemnie na zdrowie publiczne wpływają kryzysy ekonomiczne i jak dalece właśnie w okresie kryzysów potrzebne są instytucje przeciwdziałające nędzy robotników i pracowników i podtrzymujące zagrożone zdrowie publiczne. Ubezpieczenia zdały najlepiej egzamin ze swojej wytrzymałości na wstrząsy ekonomiczne i żadna inna instytucja nie może im w tym dorównać, ani nawet do tego ideału się zbliżyć. To też czymś zupełnie niezrozumiałym byłoby opieranie powszechnej służby zdrowia na jakiejś innej podstawie. Nie można służby zdrowia opierać na samorządach gminnych, które nie potrafią leczyć nawet ubogich gminnych i są stale deficytowe, ani na ośrodkach zdrowia, które lecznictwa nigdy nie wykonywały, nie mają do tego aparatu ani doświadczenia, których jest zresztą kilka razy mniej, niżby potrzeba. Nie można powszechnej służby zdrowia opierać też wyłącznie o państwo i pieniądze państwowe, gdyż odpadłby wówczas ten tak wartościowy duch samorządności, wzajemności i solidaryzmu społecznego, jaki stanowi jedną z najcenniejszych właściwości ubezpieczeń społecznych, jaki w największym stopniu stanowi o wytrzymałości ubezpieczeń na wstrząsy. Państwo ma zresztą tak olbrzymią ilość innych zadań do spełnienia, że nie może i nie powinno brać się do lecznictwa, lecz lecznictwo i w ogóle całą powszechną służbę zdrowia powierzyć odrębnej samorządnej organizacji stojącej pod jego nadzorem i patronatem. Skoro państwo utworzyło odrębny do tego resort zdrowia, to dane są wszystkie warunki pomyślnego rozwoju zdrowia publicznego.

W wyniku powyższych wywodów uważam za wskazane, aby Zjazd przyjął następujące dezyderaty:

I. Powstanie Ministerstwa Zdrowia uważa Zjazd za zapowiedź jednolitej i długoterminowej polityki zdrowotnej.

II. Domaga się stanowczego doprowadzenia do konsekwentnego końca akcji scalania agend zdrowia publicznego i usunięcia rozproszenia tych agend jako zjawiska szkodliwego dla jednolitej polityki zdrowotnej państwa.

W dziedzinie ubezpieczeń społecznych:

III. Żąda podporządkowania ubezpieczenia chorobowego oraz działu leczniczego, zapobiegawczego i restytucyjnego ubezpieczeń długoterminowych bezpośredniemu nadzorowi i fachowemu kierownictwu Ministra Zdrowia.

IV. Oddzielenia lecznictwa ubezpieczeniowego od administracji przez zadekretowanie w ustawie o ubezpieczeniu społecznym takich zmian w art. 45 i 46 i innych odpowiednich artykułach, któreby w ubezpieczalniach społecznych i Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przeprowadziły ścisły podział pomiędzy wydziałem i dyrekcją ubezpieczeń długoterminowych, a wydziałem i dyrekcją ubezpieczenia chorobowego.

a) Dyrektorem utworzyć się mającego „Wydziału lecznictwa i zapobiegania" ma być lekarz.

b) Dyrektorem „Wydziału świadczeń długoterminowych" jest dyrektor-ubezpieczeniowiec.

c) Wydział lecznictwa i zapobiegania w Ubezpieczalniach Społecznych i Zakładzie U. S. podlega bezpośrednio Ministrowi Zdrowia.

Wydział świadczeń długoterminowych podlega Ministrowi Pracy i O. S.

d) Odpowiednio do powyższego podziału należy zmodyfikować organizację wewnętrzną Ubezpieczalni Społecznych, Zakładu U. S. i resortów Pracy i O. S. oraz resortu Zdrowia.

V. Współcześnie z ustawowym i organizacyjnym wyosobnieniem Wydziału lecznictwa i zapobiegania Zjazd domaga się wyodrębnienia finansowego „FUNDUSZU LECZNICTWA I ZAPOBIEGANIA".

W skład tego funduszu wchodzić winny:

1. Przypisy roczne składek na ubezpieczenie chorobowe, po potrąceniu 5% tytułem kosztów ściągania składek przez aparat administracyjny ubezpieczeń długoterminowych;

2. procentowa część wpływu rocznego ubezpieczeń długoterminowych odpowiadająca swą wysokością rzeczywistym wydatkom tych ubezpieczeń na lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne poniesionym w okresie przedwojennego ostatniego pięciolecia (przeciętna);

3. część wpływów rocznych ubezpieczeń długoterminowych w wysokości określonej przez Ministrów Zdrowia oraz Pracy i O. S. z przeznaczeniem na rozbudowę urządzeń mających na celu zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym, przedwczesnemu spadkowi pełnowartościowości roboczej ubezpieczonych i innym zapobiec się dającym przedwczesnym świadczeniom długoterminowym.

VI. „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" musi być autonomiczną i samorządową osobą prawną opartą na ustawie i własnym statucie. Statut i ustawa winny „Funduszowi L. i Z." gwarantować samorząd gospodarczo-społeczny.

VII. „Fundusz L. i Z." udziela świadczeń nie mniejszych niż przewidziane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym tak w dziale lecznictwa i zapobiegania, jak i w dziedzinie zasiłku w razie niezdolności do pracy wywołanej chorobą lub macierzyństwem.

Zasiłkowanie niezdolnych do pracy wskutek choroby lub macierzyństwa, jako integralna i nierozdzielna część ubezpieczenia chorobowego odbywać się winno na dotychczasowych zasadach prawnych i organizacyjnych, znajdując swe pokrycie w „Funduszu L. i Z.".

VIII. Statut „Funduszu L. i Z." winien przy zachowaniu zasady pupilarności przewidywać możliwość zaciągania zobowiązań i zawierania umów z innymi jednostkami prawnymi uczestniczącymi w aparacie powszechnej służby zdrowia.

Zobowiązania te i umowy nie mogą wykraczać poza cele przewidziane ustawą i statutem „Funduszu L. i Z.".

„Fundusz L. i Z." może być zużywany tylko na cele przewidziane w ustawie o ubezpieczeniach społecznych i w statucie.

IX. Wszelki majątek ruchomy i nieruchomy, który miał lub mieć może istotne znaczenie dla wykonywania lecznictwa i zapobiegania przechodzi na własność „Funduszu L. i Z.".

W przypadkach wątpliwych rozstrzyga Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Pracy i O. S., po zbadaniu użyteczności i celowości tego przelewu majątkowego.

To samo analogicznie odnosi się do wierzytelności instytucji ubezpieczeń społecznych.

X. „Ogólne zasady umów między lekarzami a ubezpieczalniami społecznymi" zachowują moc prawną z tą zmianą, że w miejsce „Ubezpieczalni Społecznych" i „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych" wchodzi „Zarząd Funduszu Lecznictwa i Zapobiegania".

XI. Zjazd domaga się objęcia ubezpieczeniem chorobowym wszystkich dotychczas terytorialnym ubezpieczeniem nie objętych pracowników najemnych, zarówno stałych, jak czasowych, robotników i pracowników wiejskich, jak również chałupników wiejskich i leśnych.

XII. Zjazd domaga się oparcia aparatu powszechnej służby zdrowia o autonomiczny i samorządny „Fundusz Powszechnej Służby Zdrowia".

Ubezpieczeniowy „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" wchodzi w skład tego funduszu z zachowaniem swego statutu, autonomii organizacyjnej i majątkowej oraz osobowości prawnej.

XIII. Zjazd stwierdza, że instytucją, która powinna stać się jądrem krystalizacyjnym powszechnej służby zdrowia, powinny być ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby i macierzyństwa jako rozporządzające gotowym do tego celu aparatem, doświadczeniem i wytrzymałością na największe przesilenia gospodarcze.

Opieranie powszechnej służby zdrowia o samorządy gminne, powiatowe i miejskie uważa Zjazd za niemożliwe z powodu stałej deficytowości tych samorządów, braku przygotowania do organizacji lecznictwa i zapobiegania oraz przeznaczenia samorządów do innych zadań państwowych i gospodarczych.

Za niecelowe uważa również opieranie powszechnej służby zdrowia o ośrodki zdrowia, których jest za mało i które dotychczas z powodu niewykonywania lecznictwa nie posiadają potrzebnego w tej dziedzinie aparatu ani doświadczenia. Mogą one służyć jedynie jako urządzenie pomocnicze, które w nadchodzącym okresie rozwojowym powszechnej służby zdrowia powinno być należycie rozbudowane.

Dyskusja

Dr Szaniawski (Częstochowa) składa podziękowanie organizatorom Zjazdu w imieniu wszystkich delegatów za sprężyste zorganizowanie Zjazdu i gościnne przyjęcie delegatów.

Dr Stefański uważa, że realizacji powszechnej służby zdrowia stoi na drodze bardzo wiele przeszkód. Ideały poruszone przez prelegentów przypominają żywo szklane domy Żeromskiego. Obawia się upaństwowienia aptek, bo dotychczas czasem upaństwowione drożej kosztuje np. monopole. Rozszerzenie ubezpieczeń na pracowników z niskimi zarobkami z punktu widzenia matematyki ubezpieczeniowej może spowodować wielkie trudności finansowe. Ilość lekarzy jest za mała. Próby przesiedlania z miast do wsi nie dały rezultatu. Niemożliwą rzeczą jest abyśmy dopiero czekali na nowy narybek lekarski.

Dr Martyński wyraża uznanie dla referatów. Powszechna służba zdrowia leży na sercu wszystkim. Jednak wszystko to są rzeczy prawie niewykonalne. Należy montować wszystko jako przygotowanie. Ludność tego głodu powszechnej służby zdrowia nie odczuwa. Masy jeszcze nie odczuwają tej potrzeby.

Trzeba przygotowywać ludność do konieczności korzystania z medycyny społecznej. Nie rozstrzygnie się sprawy jednym referatem. Tu trzeba całego szeregu konferencji. Nie pomoże i Rada Zdrowia, która byłaby niezależna od strony fachowej, skoro wybory odbywałyby się na podstawie klucza partyjnego. Należy odbudować ubezpieczalnie społeczne w ramach ustawy. Odpowiednie instytucje mogą jako pracodawcy ubezpieczyć swoich podopiecznych i w ten sposób m. i. można rozszerzyć krąg ubezpieczonych.

Co do projektu dra Hozera, to jeżeli mamy 2 Ministerstwa w jednej instytucji, to lepiej wydzielić ubezpieczenia na wypadek choroby wraz z organizacją lecznictwa.

Dr Sienkiewicz. Wszyscy skłaniają się ku propozycjom kol. Hozera. Uważamy, że pierwszym etapem, który może postawić tę sprawę na realne tory, będzie danie możności wprowadzenia wolnego wyboru lekarza. To będzie też pierwszy krok do upowszechnienia służby zdrowia.

Dr Krygier zaznacza, że mówi we własnym imieniu, gdyż są to sprawy poza jego zakresem służbowym. Referat dra Liwszyca zawiera szereg niedomówień. Tak pomyślana służba zdrowia wyłącza praktykę prywatną. Może solidarność zawodowa nie pozwala referentowi na wyprowadzenie tej sprawy. Druga rzecz, to potrzeba skończenia z wolnym osiedlaniem się lekarzy. W Rosji nie ma ubezpieczeń społ., lecz tam się jest dziś na Kaukazie, jutro we Władywostoku. Co do sprawy nierównomiernego rozmieszczenia lekarzy, to jeżeli się tego nie załatwi, cała sprawa pow. sł. zdrowia stanie pod znakiem zapytania. Musi się skończyć z wolnym wyborem miejsca zamieszkania.

Odnośnie do referatu dra Hozera:

Wiem, że dr Hozer jest pierwszorzędnym fachowcem w dziedzinie bezpieczeństwa pracy, jakiego drugiego nie ma. Dr Hozer zna też dobrze nie tylko art. 45 i 46 ale całą ustawę scaleniową. Pomieszał jednak czas i okresy historyczne. Zastrzegam się co do identyfikowania tego co się działo przed r. 1939 z tym co jest obecnie. W swoim czasie protestowaliśmy przeciw stosunkom z przed 1939 r. Wtedy rzeczywiście zniszczono zapobieganie, zniszczono samorządy itd. Za to nikt w Polsce obecnej nie ponosi odpowiedzialności. Dr Hozer proponuje wyłączenie ubezpieczenia chorobowego z ogólnego całokształtu ubezpieczeń. Jeżelibyśmy do tego doszli, to ubezpieczenia będą podzielone między dwa Ministerstwa i następstwem byłby mętlik. Co do 5% o których mówi dr Hozer, to w tej sprawie inne czynniki też chcą mieć głos. Dr Hozer chciałby z ubezp. chor. wytworzyć niepodległą republikę zdrowotną. Np. punkt XII propozycji dra Hozera oznaczałby jakieś państwo w państwie. Dziś, gdy państwo ma coraz większy zakres działania, wytworzenie takiej komórki odrębnej pod nadzorem Mtwa Zdrowia byłoby rzeczą nieodpowiednią. Nie możemy wytwarzać skorupki, w której będziemy siedzieć. Na ogół lekarze są złymi administratorami. Czy możnaby to, tak pozostawić lekarzom, z wyłączeniem kontroli fachowców-ubezpieczeniowców?

Dr Jaruzelska. Lekarz nie powinien się martwić o praktykę prywatną, o której mówi dr Krygier. Ona już i tak prawie nie istnieje. Musimy uważać medycynę za powołanie, a nie za zawód.

Podzielamy zapatrywanie, że dyrektorem US powinien być lekarz, a nie zwykły urzędnik. Na naszym terenie właśnie z inicjatywy dyrektora nie zwracają się do nas, nie otrzymujemy bezzwrotnych pożyczek, ani darów UNRRA. Lekarz Naczelny zapytywał w tej sprawie dyrektora, a dyrektor nawet z pewną satysfakcją odpowiedział, że nie należymy do Związku i nic się nam nie należy. Lekarz Naczelny głosu więcej nie zabierał. Gdyby dyrektorem był lekarz, może nie uzyskalibyśmy też nic, ale nie spotykalibyśmy się przynajmniej z tak obojętną postawą.

Dr Grodecki: oba referaty były bardzo dobrze opracowane i wzajemnie się niejako uzupełniają. Referat dra Hozera stawia sprawę konkretnie. Nie podzielam zdania dra Krygiera, że lekarze są złymi administratorami. Wiemy, że cały szereg zakładów leczniczych, a nawet instytucji finansowych, jest i był kierowany przez lekarzy. Nie mamy żadnych argumentów za tym, że ubezpieczeniowcy są genjalnymi administratorami. Wszystkie wnioski dra Hozera są dobrze przemyślane i mogą być przegłosowane. To jest jedyny realny projekt podstawy powszechnej służby zdrowia, gdy wszystkie inne projekty mają tę wadę, że wiszą w powietrzu i nie mają przemyślanych podstaw finansowych. Prócz tego wszystkie inne projekty pociągały by za sobą kolosalne koszta, którym nikt nie mógłby podołać. Wytworzenie funduszu dla lecznictwa świata pracy i funduszu dla reszty świadczeń leczniczych i zapobiegawczych, to jest słuszne, bo sprawę służby zdrowia uniezależnia od fluktuacji budżetowych. Sprawa służby zdrowia może być oparta tylko na stałym funduszu, bo inaczej w ogóle się nie rozwinie. Referat dra Hozera musi być wydrukowany i wnioski jego przegłosowane.

Dr Stawiński (Bielsko). Dr Liwszyc zapomniał w referacie że w ambulatorium musi być i ambulatorium oczne. Co do wypowiedzi dra Krygiera, iż

odpadłaby praktyka prywatna, to stoję na innym stanowisku. W obecnym stanie rzeczy instytucje odpadają same; wchodzą w umowy z lekarzami za przyjmowanie poza praktyką lekarską. Sprawę usprawnienia pomocy lekarskiej możnaby już dziś załatwić przez unormowanie ilości pacjentów na godzinę.

Dr Stawiński lek. naczelny Z. U. S. odpiera zarzuty, stawiane Z. U. S-owi. Lekarze US nie otrzymali tak, jak pracownicy administracyjni, 4—6000zł., bo tak zdecydowało Ministerstwo. Z postulatów Kol. Liwszyca da się już urzeczywistnić niektóre, a przede wszystkim można zmniejszyć różnicę między leczeniem prywatnym a ubezpieczalnianym. W odpowiedzi kol. Hozerowi: ZUS sądził, że lekarz domowy, będzie lepszy od ambulatoriów zbiorowych, bo on jest bliższy pacjentowi. Gdy w praktyce wypadło to nie wszędzie dobrze, to wina wykonania, a nie systemu; za dużo chorych miał lekarz domowy. Ale to się da zmienić w miarę środków. Dentystykę ograniczono, bo musieliśmy trzymać się budżetu. Dziś jest lepiej; świadczenia dentystyczne są znacznie większe.

Uważa, że nie do pomyślenia jest urzędowanie dwóch samodzielnych dyrektorów (lekarskiego i administracyjnego) w jednej ubezpieczalni. Co do oddawania 5% przypisu dla urzędników ściągających składki, jest tego samego zdania, co i Dyr. Krygier.

Żałuje, że nie znał przedtem treści referatów: mógłby lepiej odpowiedzieć na stawiane ZUSowi zarzuty.

Dr Jędrusik: fundusze chorobowe, to pieniądze społeczne, trzeba nimi dobrze gospodarować. Ośrodki zdrowia na wsi muszą mieć kwalifikowane siły. Lekarz musi mieć najmniej trzyletnią praktykę. Gdy poślemy tam lekarzy nieodpowiednio przygotowanych, to pogrzebie się ośrodki zdrowia. Lekarz w wiejskim ośrodku będzie leczył a jednocześnie propagował higienę. Lekarz musi mieć dobre środki lokomocji Administracja ośrodka wymaga też odpowiednich kwalifikacji. Kartoteka musi być dokładnie prowadzona. Siły pomocnicze jak siostra i pielęgniarka też muszą mieć kwalifikacje. Ośrodki zdrowia na wsi, to muzyka przyszłości.

Dr Chęciński (Łódź): idea powszechnej służby zdrowia była dyskutowana w Łodzi. Wszyscy lekarze są za nią. Młodzi lekarze widzą, że praktyka prywatna w przyszłości będzie minimalna. Lekarze byt swój opierać będą na uspołecznionej medycynie. Łódź podpisuje się pod oboma referatami, specjalnie kol. Hozera, który już teraz da się zrealizować. Lekarze łódzcy proszą o dyskusję nad swoimi tezami a mianowicie: a) wolny wybór lekarza i 20% przypisu składek na wynagrodzenie dla lekarzy. Rozdziału dokona organizacja lekarzy. b) Lekarz podlegać będzie tylko lekarzowi, a nie administracji.

Dr Schimmer (Chrzanów): Ubezpieczenia to zdobycz klasy robotniczej. Ta ostatnia nie zgodzi się na odstąpienie tego innym czynnikom. Jak się przedstawia sprawa organizacji lecznictwa w nowym projekcie? Czy będzie tam samorząd? Jeżeli tak, to na parcelację ubezpieczeń klasa robotnicza nie pójdzie. Wolny wybór lekarza trzeba przedyskutować. Lekarz domowy nie zdał egzaminu, bo miał za dużo pracy. Przerzucono na niego administrację, drobną chirurgię itd. Zniszczono dobrze rozwinięte ambulatoria specjalistyczne, lecznice okręgowe. Lekarz domowy miał wedle ZUSu załatwiać specjalistyczną praktykę, czego efektem było to, że lek. dom. był przepracowany a lek. specjalista nie miał co robić. Gdzie jest kilku lekarzy, tam już można znieść lekarza domowego. Tym bardziej w miejscowościach gdzie jest lekarzy więcej. Referaty były wyczerpujące i mają pierwszorzędną wartość.

Dr Magalif (Łódź): warto było przyjechać na Zjazd by je usłyszeć. Referaty winny być opracowane przez specjalną komisję, która je usprawni, a potem należy starać się wcielić je w życie po uzgodnieniu ich z ministerstwem. Można je już wprowadzić. To nie tylko muzyka przyszłości. Cóż to szkodzi, że w Ubezpieczalni będzie jeden czy dwóch dyrektorów? Lekarze sami pójdą na wieś, gdy damy im odpowiednie mieszkanie i urządzimy warsztat pracy.

Dr Ciećkiewicz: Wszyscy są za powszechną służbą zdrowia, tylko skąd wziąć pieniądze na to? Lekarzy będziemy mieć coraz więcej, bo uniwersytety wyprodukują ich z czasem.

Koszta powszechnej służby zdrowia pokrywać mogą: 1) samorząd, 2) państwo i 3) ubezpieczenia. Samorząd odpada, gdyż samorządowa gospodarka, jak dotychczas, jest deficytowa. Samorząd ma w swym ręku szpitalnictwo. Jak ono wygląda, wszyscy wiemy: samorząd na szpitale nie chce dać pieniędzy. Gospodarka państwowa też nie będzie dobra. Państwo ma dość innych zadań do spełnienia. Zresztą obojętne jest, kto pokryje koszta i tak zapłaci je obywatel. Zawsze trzeba będzie ściągać składki. Najlepiej zrobią to ubezpieczalnie, które mają doświadczenie. Lekarz domowy nie zadawala ubezpieczonego i lekarza. Może winien tu i sam lekarz, nie mogący podołać pracy. Lekarze domowi-pediatrzy w Krakowie pracują dobrze ku zadowoleniu ubezpieczonych. ale pediatrzy mają przydzielone na cały dzień higienistki: odciążają one bardzo wydatnie lekarza. Niech każdy lekarz domowy ma wykwalifikowaną pielęgniarkę, to będzie dobrze.

Dr Ameisen: powszechna służba zdrowia jest potrzebna. Nie musimy nad tym dysputować. Wprowadzają ją Anglia i Rosja. Referaty kolegów Liwszyca i Hozera trzeba wydrukować i przesłać w teren. Niech koledzy w poszczególnych związkach przedyskutują je, powezmą uchwały i prześlą je nam do centrali. To samo zagadnienie przedyskutować winny izby lekarskie. Przemyślmy to wszystko i niech świat lekarski wypowie się o tych problemach — i to jak najprędzej, np. do dwóch miesięcy.

Dyr. Dep. dr Grynberg: Proszę Kolegów z całą przyjemnością stwierdzam zmianę atmosfery na zjeździe w dniu dzisiejszym w porównaniu z dniem wczorajszym. Podczas gdy referaty wczorajsze obracały się w dziedzinie historii, to referaty dnia dzisiejszego, jakby otworzyły okna tej sali, ukazały nam kilka zagadnień dnia dzisiejszego i szeroką perspektywę najbliższej przyszłości. Być może, że gdyby zjazd rozpoczął się właśnie od tych referatów nie doszłoby do zgrzytów dnia poprzedniego.

Ministerstwo Zdrowia dla swoich oficjalnych enuncjacji ma okólniki, zarządzenia, dekrety i ustawy. Jeżeli znalazłem się tutaj między Kolegami to przede wszystkim dla wzajemnej wymiany myśli. Minister-

stwo nie może rządzić się samo. Do tej współpracy musi pociągnąć wszystkich lekarzy, szczególnie zaś lekarzy Ubezpieczalni Społecznej, lekarzy świata pracy, tej pomocy lekarskiej, która tak bliska jest sercu Ministerstwu Zdrowia. Nic o sprawach lekarskivh bez lekarzy — nic o nas bez nas. Gdybym podjął dyskusję nad szeregiem problemów tak pięknie oświetlonych w obydwu referatach musiałbym zająć wiele godzin czasu na dzisiejszym zjeździe.

Chciałbym tylko dać pewne informacje dla umożliwienia bardziej wszechstronnego przemyślenia przez Kolegów tego zagadnienia.

W zakresie gospodarki służbą zdrowia rozporządzamy 3 czynnikami: instytucjami, finansami i personelem.

W zakresie instytucji służby zdrowia najważniejszymi są szpitale. W lipcu b. r. mieliśmy do dyspozycji ok. 64 tys. łóżek szpitalnych. Od lipca do października b. r. Wojska Radzieckie opróżniły ok. 30 tys. łóżek. W tej chwili w Polsce mamy ok. 74 tys. łóżek szpitalnych. Jeżeli w r. 1939 na 10 tys. mieszkańców mieliśmy 21 łóżek szpitalnych, to obecnie znacznie się poprawiło, mamy już 33 łóżka szpitalne na 10 tys. mieszkańców.

Finanse: Budżet Ministerstwa Zdrowia w II kwartale b. r. wynosił ok. 60 milj. zł., budżet zaś IV kwartału b. r. wynosił już przeszło 300 milj. zł. Jeżeli weźmiemy pod uwagę drożyznę jaka panowała w II kwartale i porównamy ze spadkiem cen w IV, zrozumiemy jak znacznie się poprawiły warunki finansowe.

Jedna rzecz przedstawia się nader smutnie, to sprawa personelu. Jeżeli na 10 tys. ludności w r. 1939 mieliśmy 4 lekarzy, to obecnie mamy ich 2. Jeżeli przeciętnie na terenie powiatu znajdowało się 8 lekarzy, to obecnie mamy ich tylko 2. Ogólnie ilość lekarzy w Polsce zmniejszyła się o połowę, ale jeżeli weźmiemy pod uwagę wieś, to tam spadek przewyższa wielokrotnie spadek lekarzy w Polsce w ogóle. Jakie to ma kolosalne znaczenie dla Państwa, muszę Kolegom wyjaśnić.

Miasto nigdy nie dawało dużego przyrostu naturalnego ludności. Obecnie zaś nie tylko, że nie daje ale wprost przeciwnie, z różnych krańców naszego Państwa napływają wieści o wymieraniu jakby ludności miast. Przyszłość narodu, przyszłość państwa zależy od wsi polskiej. Ona tylko da nam przyrost naturalny. Sprawa pomocy lekarskiej dla wsi jest sprawą tak palącą, tak ważną i tu należy bić na alrm i nikomu z nas wobec tego zagadnienia nie wolno przejść obojętnie.

Jeszcze jedna sprawa. Wiemy jak ważną rzeczą dla przyszłości gospodarczej naszego kraju jest sprawa zagospodarowania ziem nowoprzyłączonych. I znowu smutna wiadomość. 34 powiaty naszej R. P. to biała plama pod względem służby zdrowia, tam nie ma ani jednego naszego lekarza. Już kilkakrotnie wspomniałem tutaj jak wielką wagę przywiązuje Ministerstwo do sprawy lecznictwa zorganizowanego Ubezpieczeń Społecznych. Mówiłem o tym, że została powołana przez Centralną Komisję Związków Zawodowych komisja dla reorganizacji tego lecznictwa. Stoimy bowiem na stanowisku, że tak jak w sprawach lekarskich nic nie może być decydowane bez nas lekarzy, tak o sprawach lecznictwa świata pracy nic nie może być decydowane bez tego świata pracy. Stąd jest jasna sprawa: im mocniej zwiążemy się z tym światem pracy, tym większe będziemy mieli szanse przeprowadzenia naszych postulatów.

Dr Gołąb: Ze względów technicznych nie wydrukowaliśmy i nie rozesłaliśmy kolegom referatów tu wygłoszonych. Roześlemy je w najbliższym czasie. Zawierają one pewne dezyderaty, które koledzy muszą przedyskutować w terenie. Referaty te różnią się między sobą. Trzeba z nich wyłuskać i wprowadzić w życie to, co się już dziś da zrobić, a z resztą zagadnień musimy poczekać aż będzie więcej lekarzy w Polsce. Co dyr. Krygier mówił o 5%, to nie ma znaczenia. Nie upieramy się przy 5%. Prywatna praktyka lekarska inna jest teraz, niż dawniej, ale ona będzie zawsze, była nawet w obozach koncentracyjnych. Ubezpieczeniowcy nie dbają o świat lekarski. Ubezpieczalnia dała większą pomoc dentystyczną ubezpieczonym, a o samych lekarzach dentystach, których wyłączono z umów z powodu ograniczonej pomocy dentystycznej w ustawie scaleniowej, nie pomyślano. Musimy żądać kategorycznie, aby z „zasad ogólnych" wykreślić artykuł 1 par. 1, pkt 3. wyłączający lekarzy dentystów z umów zbiorowych.

Ubezpieczalnie źle traktują lekarzy, wobec czego nie mogą oni pracować wydatnie, bo muszą starać się o inne źródła zarobkowe. Zarzut dyr. Grynberga jest nierealny. Najpierw musi być stworzona organizacja, a wtedy nie będą mogły mieć miejsca tego pokroju napaści na lekarzy, jaką znajdujemy w nrze 4-tym „Trybuny Związkowca". Cytuję dosłownie:

„Liczba lekarzy jest niedostateczna dotąd, poza tym wielu lekarzy uchyla się od pracy w ubezpieczalniach, woląc uprawiać praktykę prywatną, bardziej oczywiście opłacalną. Organizacje zawodowe lekarzy, niestety, nie przeciwdziałają temu antyspołecznemu nastawieniu wielu lekarzy wobec instytucji ubezpieczeń społecznych".

Słowa te podpisane są nie przez byle kogo, bo przez Obywatela Wiceministra Giebartowskiego. Chcemy stworzyć oblicze lekarzy ubezpieczeń. Myśmy to przepracowali, czego dowodem są dwa referaty, któreśmy przedyskutowali, przerobili i skorygowali. Krytyka była może zbyt pochopna. Ale rzuciliśmy ziarno. Niech strona krytykująca weźmie je do serca, przemyśli i przedyskutuje. Niech społeczeństwo przetworzy je dalej.

Dyr. dr Modliński: Ubezpieczenie robotników rolnych jest już na warsztacie, niedługo je wprowadzimy. Członkom rodzin przedłużymy okres świadczeń chorobowych. Wszelkie reformy w zakresie ubezpieczeń społ. muszą być oparte na finansach. Oświadcza w imieniu Ministerstwa Pracy i Op. Społ. że projekt powszechnej służby zdrowia jest poza dyskusją. Różnice mogą być tylko co do metod. Ubezpieczenia chorobowe są dorobkiem mas pracujących i b. ważnym elementem w Ministerstwie Pracy, muszą one w tych rękach pozostać. By praca w produkcji była dobra, nie można robotników pozbawiać lecznictwa. Upowszechnienie służby zdrowia jest koniecznością państwową. Dużo ludzi jest dotychczas poza opieką leczniczą. Inowacja dotyczy ich przede wszystkim. Póki ludność, nie pracująca najemnie, nie znajdzie środków finansowych dla siebie na leczenie,

upowszechnienie służby zdrowia byłoby stratą dla ubezpieczeń społ. Ubezpieczalnie społ. dźwignięto wysiłkiem klasy pracującej. Wytrzymały one wszystkie wstrząsy i tym dowiodły swej żywotności. Nie można ich teraz pomniejszać. Raczej należy do nich przyłączyć nowe problemy. Ministerstwo Zdrowia musi mieć ogólne kierownictwo i planowanie w dziedzinie zdrowia. Planować jednakowoż, to nie znaczy pochłaniać, lecz nastawiać czynniki te, które są, do dyspozycji dla własnej polityki i w tym sensie Ministerstwo Pracy i Op. Społ. odstąpi swe funkcje Min. Zdrowia. Ale nadzór i kontrola nad lecznictwem ubezpieczonych musi pozostać w rękach Min. Pracy. Nie może więc być dwóch nadzorców w jednej instytucji: dyr. lekarz i dyrektor ubezpieczeniowiec. Gdy oddzieli się lecznictwo od Min. Pracy, to wtedy możemy dysputować. Przecież w Min. Pracy są też lekarze, którzy bronią interesów zatrudnionych w US lekarzy.

Dr Marcinkowski zgłasza wnioski, które mu się nasuwają w związku z wygłoszonymi referatami: Zjazd wzywa Rząd:

1. Do jak najszybszego ujednolicenia i rozszerzenia pomocy lekarskiej dla ludności pracującej przez rozciągnięcie przymusowego ubezpieczenia od choroby na możliwie najszersze warstwy ludności a w szczególności na robotników rolnych.

2. Do rozciągnięcia lecznictwa ubezpieczalnianego na wszystkich pracowników kolejowych celem uniknięcia wielotorowości w organizacji lecznictwa.

3. Oparcie powszechnego uspołecznionego lecznictwa w mającej powstać Powszechnej Służbie Zdrowia o dotychczasowe lecznictwo Ubezpieczalni Społecznych.

4. Podporządkowanie w powyższy sposób zorganizowanego lecznictwa U. S. bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia.

5. Jak najszybszego upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego, jako kluczowego dla interesów zdrowia publicznego, a tym samym dla państwa.

Końcowe przemówienie dra Liwszyca-Tomasika.

Z braku czasu zmuszony jestem ograniczyć się do omówienia jedynie najistotniejszych zarzutów i pytań. Skłonność kol. Stefańskiego do widzenia w naszych planach budownictwa „szklanych domów“ jest dziś mniej aktualna, jako że żyjemy w erze przemian strukturalnych, że zatem i gmach zdrowia publicznego trzeba budować od podstaw.

Co do obaw realizacji powszechnej służby zdrowia w oparciu o państwo, to referent widzi wady, potencjalnie tkwiące w centralizmie. To też wypowiada się za powołaniem do życia organów samorządowych, któreby wady te zneutralizowały. W każdym razie puścić w ruch tak poważną organizację, jaką ma być powszechna służby zdrowia, może jedynie państwo z jego aparatem. Nie wyklucza to, — jak widzimy na przykładzie Rosji i Anglii — możliwości częstych prób reorganizacji i udoskonalenia tej służby wnet po wprowadzeniu jej w życie.

Na pytanie komisarza ZUSu dra Krygiera odnośnie do losów praktyki prywatnej, to referent nie sądzi, by ta ostatnia tak prędko zaginęła. Trzeba się liczyć z bujnym rozkwitem kultury zdrowotnej wśród szerokich warstw i z niemożnością sprostania w pierwszym okresie wszystkim wczesnym lub drobnym skargom pacjentów z ich nałożeniami nerwowymi przez młodą powszechną służbę zdrowia. Przypuszczać zresztą należy, że państwo będzie usiłowało zapewnić byt materialny i zaspokoić potrzeby kulturalne lekarza, tak, by nie był zmuszony zabiegać o praktykę prywatną. Również przewidywana w przyszłości selekcja młodzieży do zawodu lekarskiego po linii szczerego pociągu do medycyny zwiększy znacznie odsetek lekarzy nie nastawionych specjalnie na praktykę prywatną.

Co do przymusu osiedlania się lekarza na wsi — to był on przecież i przed wojną. Referent jest za „najbezboleśniejszym zabiegiem“: należy premiować lekarzy udających się na wieś, bądź zapewniając im mieszkanie, bądź przyznając im dłuższe urlopy i zniżki różnego rodzaju, możliwości dokształcania się itp. Reforma studiów lekarskich, przekształcenie struktury socjalnej młodzieży akademickiej oraz zakładanie uniwersytetów na prowincji też stępi w przyszłości i ostrość zagadnienia przymusu.

Decyzje łódzkie wprowadzenia do Ubezp. Społ. nieograniczonego — wprawdzie zmodyfikowanego i odpowiednio złagodzonego — wolnego wyboru lekarza wywołują ferment, cofając nas w embrionalne stadium naszych poglądów organizacyjnych. System bowiem zapłaty jednostkowej (a takim jest w gruncie rzeczy system nieogran. wolnego wyboru lekarza) w przeciwstawieniu do płac ryczałtowych (zależnie od specjalności, wysługi lat i ilości godzin) rodzi wśród lekarzy kontrasty społeczne oraz uzależnia w dużej mierze wziętość lekarza, a co za tym idzie, wysokość jego poborów od fachowego kwalifikowania go przez pacjentów, do czego ci ostatni bynajmniej nie powinni być uprawnieni (ograniczając się do krytyki obywatelsko-etycznych kwalifikacji lekarza).

Referent i kol. Hozer zgadzają się w tenorze swoich wywodów. Zarówno jeden, jak i drugi jest za skupieniem całokształtu ochrony zdrowia w jednym resorcie — w Ministerstwie Zdrowia. Różnica między nimi polega na tym, że referent jest zdania, żeby wyłącznie lecznictwo pozostało w zasięgu Mtwa Zdrowia, zaś kol. Hozer chciałby temu ostatniemu podrzucić jeszcze dział zasiłkowy ubezpieczeń chorobowych, co prowadzi do niepożądanej, według referenta, dwutorowości.

Wyrwanie lecznictwa z pod nadzoru Mtwa Pracy i Opieki Społ. nie będzie dla tego ostatniego stanowiło poważnego uszczerbku, albowiem resort ten skompensuje sobie to pracą, jaką mu przysporzy dalszy rozwój Ubezpieczeń Społecznych.

Końcowe przemówienie dra Hozera:

Dziwi mnie, że dr Krygier, który był bojowcem ubezpieczeniowym podniósł sprawę praktyki lekarskiej, która była jednym z głównych argumentów tych lekarzy, którzy w chwili narodzin ubezpieczeń społecznych przeciwstawiali się ich powstaniu właśnie z powodu praktyki lekarskiej. I teraz także jestem przekonany, że podobnie jak ubezpieczenia społeczne przyciągnęły do lecznictwa masy pracujące — przedtem pomocy lek. pozbawione, tak i powsz. sł. zdrowia otworzy nowe pola pracy lekarskiej.

Sprawy 5% potrącenia z wpływu składek chorobowych nie można traktować tak, jak dr Krygier,

gdyż chodzi tu jedynie o koszta ściągania składek chorobowych, a nie koszta innych agend ubezpieczeniowych.

Rozdzielenie Wydziałów lecznictwa i Wydziałów świadczeń długoterminowych niczego nie rozbija, a stwarza jasność i rozgranicza kompetencje. Właśnie Zjazd dzisiejszy wykazał konieczność takiej separacji.

Gdy stworzona zostanie samorządowa organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego oparta na samorządnym funduszu, wówczas można będzie zorganizować lecznictwo, jak należy, a zmieszczą się tam nawet i formy organizacyjne z wolnym wyborem lekarza.

Na pytanie, co będzie z samorządem terytorialnym ubezpieczeń odpowiadam, że zostanie nienaruszony. Samorząd jest szkoła obywatelską i gdy został ubezpieczeniom odebrany, słyszało się głosy: „do samorządu muszą być najpierw ubezpieczeni wychowani". Jakże można kogoś wychować, jeżeli mu się odbierze szkołę, w której ma być wychowywany? Rada Zarządzająca zostaje tak, jak była.

Na wątpliwości czy w proponowanym przezemnie podziale na Wydziały nie będą zachodzić spory między dyrektorem lekarzem, a dyrektorem ubezpieczeniowcem, odpowiadam, że takiego lekarza i takiego ubezpieczeniowca, którzyby się nie umieli pogodzić, nie potrzeba w ubezpieczalniach i obu trzebaby z tej instytucji wyrzucić,

W odpowiedzi na wywody przedstawiciela resortu pracy podkreślam, że w sprawach przezemnie poruszanych nie resort zdrowia ma się podporządkować, lecz sprawy zdrowia jako najważniejszego dobra ekonomiczno-społecznego reprezentowane przez Min. Zdrowia muszą podporządkowywać sobie cały szereg innych zagadnień ekonomiczno-społecznych.

W odpowiedzi drowi Krygierowi stwierdzam, że mówiąc o niedomaganiach ubezp. społecznych i upadku lecznictwa, mówiłem o okresie sprzed 1939 a nie o okresie obecnym. Z tego trzeba jednak wyciągnąć wnioski na przyszłość.

Z zadowoleniem przyjmujemy do wiadomości oświadczenie dyr. Modlińskiego z Mtwa Pracy zapowiadające rozszerzenie ubezpieczeń społ. na robotników rolnych, oraz zapowiedź przedłużenia czasokresu świadczeń dla rodzin.

Kalkulacja matematyczna ubezpieczeń obecnie ulega ustawicznym wstrząsom, gdyż na ubezpieczenia zwala się cały szereg obowiązków, za które nikt nie płaci (leczenie wojska, urzędników państw., repatriantów itd.). To chyba najlepszy dowód, że żadna inna organizacja nie dorosła do objęcia lecznictwem całości społeczeństwa, a nie dorosło nawet państwo, skoro obowiązki te przerzuca na ubezpieczenia, nie płacąc za te świadczenia. Dlatego też samorządny „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" będzie gwarancją, że nikt nie będzie przerzucał na ten fundusz bezpłatnego wykonywania obowiązków nie przewidzianych ustawą lub kalkulacją matematyczną.

Dyr. Modliński mówił o zbliżeniu elementu zdrowia i pracy jako argumencie za pozostawieniem pracy i zdrowia w jednym resorcie. Skoro tak, to dlaczego nie zbliżono dotychczas lecznictwa do Zakładów pracy, lecz pozostawiono system, który jest tego przeciwieństwem, mianowicie lekarza domowego, którego należy definitywnie zlikwidować jako absurd organizacyjny.

Nie można się zgodzić na stanowisko dyr Modlińskiego, że najpierw niech powszechna sł. zdrowia zaspokoi potrzeby, a potem może się ubezpieczenie z nim połączyć, lecz ma być odwrotnie. Najpierw musi powstać podstawa organizacyjna powsz. sł. zdr. pod postacią lecznictwa ubezpieczeniowego.

W sprawie stosunku do Związków Zawodowych, to jestem za organizacją nie tylko pionową, ale podwójną: poziomą i pionową (przedstawia schemat). Organizacja pozioma, to poszczególne Związki lekarskie (ubezpieczeniowych, szpitalnych, kolejowych itd.) zgrupowane jako autonomiczne sekcje w Związku Lekarzy P. P. Ten ostatni idzie pionowo, współpracując z również pionowo się wznoszącą konstrukcją Związków Zawodowych. Sprawy zdrowia, czy chcemy czy nie chcemy, są dziś sprawami politycznymi.

Wolne wnioski

Wniosek lekarzy łódzkich:

Nadzwyczajne Walne Zebranie Koła Lekarzy Ub. Społ. w Łodzi w dniu 31 X 1945 zwraca się do Ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy Ub. Społ. w Krakowie z wnioskiem o reorganizację pracy lekarzy zainteresowanych w Ubezp. Społ. na następujących zasadach:

Jako dezyderat:

a. wolny wybór łekarza,

b. dopuszczenie do leczenia ubezpieczonych wszystkich lekarzy z danego terenu pod egidą Związku,

c. przekazanie 20% przypisu składek ubezpieczalń Związkowi lekarzy do rozprowadzenia wśród zatrudnionych lekarzy przez Związek.

Podpisali wniosek: kol. Sienkiewicz i kol. Chęciński.

Dr Chęciński: W Łodzi już jest wolny wybór lekarza. Koledzy są z niego zadowoleni. Przed wprowadzeniem tego systemu lekarze łódzcy uciekali z ubezpieczalni. Tak niskie były ich pobory. Byli przytem nadmiernie przeciążeni pracą szczególnie lekarze domowi, (46 lekarzy na 130000 ubezpieczonych).

Kol. Martyński: Uważa, że dyskusja nad tym wnioskiem jest niecelowa. Co dobre jest dla kolegów łódzkich, nie musi być dobre dla reszty kraju. $^{9}/_{10}$ terenu państwa nie ma wolnego wyboru lekarza w Ubezpieczalniach. Przekażmy ten wniosek Zarządowi do rozpatrzenia. Nas obowiązują zasady do umów.

Dr Gołąb: Jeżelibyśmy przyjęli postulat łódzki, to musimy wypowiedzieć wytyczne. Łódź ma wolny wybór lekarza, ale nie musi mieć tego cała Polska.

Dr Golonka: Na Śląsku jest też wolny wybór lekarzy. Sam jest na Śląsku, był przedtem w Poznaniu i w Krakowie, jako lekarz US. Może więc czynić porównania. Przed wojną lekarz punktowy w Poznaniu zarabiał 2000 zł. Lekarz za pensją ryczałtową pracuje gorzej, leniwiej, gdy tymczasem system punktowy zmusza lekarza do lepszego załatwiania pacjenta, by ten do niego wrócił w przyszłości. To będzie upowszechnienie lecznictwa. Obecnie na Śląsku organizacje lekarskie otrzymują od ubezpieczalń 20%

przypisu składek i rozdzielają między zatrudnionych lekarzy, zależnie od ilości kartek porady. (Ilość kartek ograniczono przy tym do 1500 na miesiąc). Z funduszu tego płacimy wdowom po lekarzach po 1000 zł miesięcznie. Wystarcza nam i na to, bo sami dysponujemy pieniędzmi. Do praktyki nie dopuszczamy wszystkich lekarzy.

Dr Grodecki: Łódź pracuje wbrew umowie z ZUSem. Koledzy w Łodzi byli źle płatni, US nie daje im tego, co się należy.

Dr Hozer: Wolny wybór da się uzgodnić z naszą umową. Bierzcie 20% i wypłacajcie sobie jak chcecie! Niech Łódź i Śląsk będą odcinkami eksperymentalnymi, byśmy wiedzieli na przyszłość, który system jest lepszy.

Stawia wniosek:

Sprawy organizacji i systemu lecznictwa zostaną załatwione w zależności od warunków miejscowych na zasadzie porozumienia między miejscowymi organizacjami lekarskimi a ubezpieczalniami społ. przy zastosowaniu art. 11 „Zasad umów".

Za wnioskiem 36 głosów, przeciw 2 głosy i 1 wstrzymujący się.

Dr Stefański: Sprawa nie jest tak prosta na Śląsku z tym wolnym wyborem lekarza. Lekarz US musi być przyjęty przez kolegów już zatrudnionych na danym terenie.

Dr Liwszyc-Tomasik: System wolnego wyboru lekarza nie jest odpowiedni dla lekarzy. Łatwiej w nim dochodzi do powstania jaskrawych, nie zawsze rzetelną wiedzą lub pracą umotywowanych różnic w zarobkach. Zdrowszą jest między innymi z punktu widzenia organizacji ryczałtowa zapłata.

Dr Sienkiewicz (Łódź): Wolny wybór jest dobry bo lepiej zaspakaja interesy lekarzy. Z ryczałtu wpłacanego organizacji lekarskiej przez U. S. można zapewnić dostateczne utrzymanie wdowom po lekarzach. Ubezpieczalnia Społeczna była zawsze znienawidzona przez ubezpieczonych. Odium spadające na U. S. z powodu braków i niedociągnięć bije zawsze w lekarzy. Mankamenty popełnia administracja, a ubezpieczeni winią za to lekarza.

Dr Mąkowska (Poznań): W Poznaniu przed wojną wprowadzono lekarza domowego. Niemcy wprowadzili wolny wybór lekarza, ubezpieczeni byli z tego systemu zadowoleni. Obecnie wprowadzono z powrotem system lekarza domowego, z czego tak lekarze jak i ubezpieczeni są niezadowoleni.

Dr Biberstein: Wolny wybór lekarza jest już dysputowany od 10 lat. Lekarze Łódzcy byli źle płatni. Urządzili sobie życie lepiej. Zostawmy to im. Komitet Wykonawczy niech załatwi tę sprawę podobnie, jak sprawę kolegów z Białegostoku.

Dr Chęciński: Niech Komitet Wykonawczy się tym zajmie. Powinien uwzględnić specjalne warunki terytorialne. W Łodzi przepływa dużo lekarzy. Lekarze Łódzcy nie chcą obejmować posad lekarzy domowych, bo ich jest za mało, a ubezpieczonych bardzo dużo. Płatni jesteśmy dość dobrze: lekarz domowy 600 zł za godzinę, a specjalista 650 zł. Ale i to jest za mało. Mamy umowę z US do końca listopada. Czekamy na załatwienie tej sprawy w skali ogólnopolskiej. Lekarze w Łodzi zatrudnienie w US traktują jako obowiązek społeczny, od którego może być zwolniony tylko lekarz, który pracuje społecznie już gdzieindziej.

Dr Stefański: Czy nie za dużo domagają się lekarzy domowych koledzy w Łodzi, bo aż 130 na 133000 ubezpieczonych?

Dyr. Grynberg: Lekarz Nacz. Dr Kunicki domagał się dla Łodzi 300 lekarzy. Nie mógł ich jednak dostać, bo nie chcięli pracować w US.

Dr Krygier: Kłopoty lekarzy łódzkich są poważne, należy je jak najszybciej załatwić. Już w najbliższą środę omówimy wraz z ministerstwem pracy tę sprawę.

Dr Kusiak: Od teraz wszelkie sprawy lekarskie US niech załatwia Związek Centralny. Nie wolno załatwiać tych spraw oddzielnie przez organizacje lokalne.

Dr Grodecki: Koledzy w Łodzi postępują wbrew umowie.

Dr Gołąb: My chcemy 20% przypisu składek, ale formę płacenia niech załatwia sobie dowolnie każdy oddział miejscowy. Bolączki Białegostoku, Bydgoszczy i Łodzi będą załatwione przez Ministerstwo już w najbliższym czasie.

Dr Baborski: Statystyka często jest fałszowana. Statystyka w US była niepotrzebna, zła. Jeśli jest konieczna, to przerzućmy ją z bark lekarza na siły biurowe. Niech nie obciąża lekarza.

Dr Ciećkiewicz: Statystyka często kłamie, tym niemniej jest ona potrzebna, bez niej nie możemy gospodarować. Nadmierna statystyka bywa uciążliwa dla lekarza. Obecnie ma być statystyka uproszczona, ale taka musi być. Niech ona będzie w ministerstwie wykorzystana, a wyniki jej podane kolegom do wiadomości.

Dr Hozer: Statystyka musi być, bo to jest potrzeba międzynarodowa. Trzeba ją jednakże w US uprościć. Choroby zakaźne i społeczne muszą być w statystyce prowadzone.

Dr Stawiński (Bielsko): Stawia wniosek:

O ustalenie ostateczne i jednolite na terenie całego Państwa obowiązującej normy przyjęć chorych, a mianowicie: 6 chorych na godzinę dla specjalistów, 8 chorych na godzinę dla lekarzy domowych, przy czym ilość przyjętych w ciągu dnia pracy lekarza byłaby podstawą do ustalenia jego poborów.

Dr Kusiak: jest za dużo pacjentów na jedną godzinę.

Dr Schimmer: zajmowanie się tą sprawą jest bezprzedmiotowe, bo wedle przepisów lekarz dom. musi przyjąć wszystkich.

Dr Jaruzelska: Jest za wnioskiem. Lekarze w Białymstoku przyjmują znacznie więcej; ona jako laryngolog, przyjmuje 20 pacjentów na godzinę.

Dr Martyński: W umowie jest zastrzeżone, że gdy za dużo pacjentów to zmienia się rejon. Nie żądajmy zapłaty za więcej godzin, bo lekarz nie może więcej niż 5 godzin pracować.

Dr Jaroń: Dyskutujemy na próżno. Pracujemy w nienormalnych czasach. Często musimy dłużej pracować, ale niech to będzie wynagrodzone.

Dr Ciećkiewicz: Gdy lekarz ma więcej pracy, to można żądać rewizji rejonu albo zwiększenia liczby godzin. W małych jednak ubezpieczalniach musimy wynagradzać godziny nadliczbowe.

Dr Stawiński (Bielsko): Stawia wniosek:

Ze względu na to, że stawkę ubezpieczeniową oblicza się od poborów gotówkowych pracownika, a nie od ich całości tj. poborów gotówkowych plus pobory w naturze, wnoszę o powiększenie tych wpływów przez wprowadzenie stawki minimalnej.

Dyr. Krygier: Jest za wnioskiem, gdyż to jest woda na młyn ZUSu.

Dr Gołąb: Wniosek jest logiczny i dobry dla nas; gdy zwiększy się dochód US, to i lekarzom będzie lepiej.

Dr Biberstein: to jest w ustawie o ubezpieczeniach, należy tylko ustawy się trzymać.

Dr Stefański: Wniosek bardzo aktualny, gdyż dużo robotników otrzymuje pobory w naturze, na Śląsku np. robotnik otrzymuje tylko 10% poborów w gotówce, resztę w naturze. Należałoby „naturę" obliczyć po cenach rynkowych i dołączyć do poborów gotówkowych i od sumy tej obliczyć składkę ubezpieczeniową.

Wniosek przeszedł. 1 głos przeciw, reszta za.

Dr Jasieński: Ze wszystkich szpitali w Polsce, poza zburzonymi wskutek działań wojennych, największe szkody poniosły szpitale Ubezpieczalni, w szczególności szpital Ubezpieczalni krakowskiej i do dziś największa dzieje mu się krzywda. W szpitalu naszym, przekształconym na niemiecki szpital dystryktu, przez 5 i pół lat gospodarował okupant niemiecki, przy czym okradł i ograbił go doszczętnie ze wszystkiego.

Po pierwszej ucieczce niemców szpital przez szereg miesięcy był przytułkiem dla chorych kalek i bezdomnych — ofiar katastrofy warszawskiej.

A kiedy wreszcie w kwietniu usiłowaliśmy z powrotem szpital uruchomić — zajął go nam szpital Radziecki i zdołaliśmy sami jedynie wybronić $^1/_3$ szpitala, nie uzyskawszy poparcia miarodajnych czynników, mimo iż chodziło o szpital robotniczy.

Mimo katastrofalnego braku łóżek szpitalnych w Krakowie nadal zajmujemy tylko $^1/_3$ szpitala i walczymy z wielkimi trudnościami, nie posiadając dostatecznej ilości łóżek, pościeli, bielizny, przyrządów lekarskich, środków lokomocji itd.

Korzystając ze Zjazdu, proszę aby Zjazd zwrócił się do Ministerstwa Opieki Społecznej i Min. Zdrowia z prośbą o zaopiekowanie się szpitalami Ubezpieczalni narówni ze szpitalami Państwowymi. Dotychczas byliśmy traktowani zupełnie po macoszemu, gdyż żadnej pomocy znikąd nie otrzymaliśmy.

Chodzi o zwrócenie się do miarodajnych czynników Sowieckich w sprawie natychmiastowego opróżnienia zajmowanych od 7 mieisięcy $^2/_3$ szpitala, o przeznaczenie większej sumy na remont szpitala po opróżnieniu go przez szpital Radziecki, wreszcie o przydzielenie 500-łóżkowemu przed wojną szpitalowi dwu dwustułóżkowych szpitali UNRR-y całkowicie wyposażonych, wraz z środkami lokomocji, którymi szpital mieszczący się za miastem również nie rozporządza.

Proszę o poddanie pod głosowanie następującej rezolucji:

Ogólnopolski Zjazd lekarzy Ubezpieczalni Społecznych podjął w czasie obrad w dniu 3 i 4 listopada 1945 r. następującą uchwałę:

Zjazd Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych zwraca się do Ob. Ministrów Pracy i Opieki Społecznej oraz Zdrowia z prośbą o uzyskanie zwolnienia od zajęcia wszystkich zakładów leczniczych i przeznaczonych dla leczenia szerokich rzesz świata pracy, w szczególności zwolnienia dwu największych szpitali Ubezpieczalni, tj. szpitala w Krakowie i w Łodzi. Najszybsze uruchomienie opuszczonych szpitali i oddanie ich na użytek ubezpieczonych, przyznanie wydatnych subwencji UNRRA powinno nastąpić w interesie zdrowia publicznego najszybciej.

Wniosek przeszedł jednogłośnie.

Dr Hanke: Rezolucja:

W trosce o zapewnienie egzystencji lekarzy szpitalnych zjazd domaga się następującego uregulowania poborów lekarzy:

1. Uposażenie miesięczne dyrektora szpitala: 4250 zł, w tym za prowadzenie oddziału 3500, a za czynności administracyjne 750 zł. Nadto wolne mieszkanie, telefon, opał, światło oraz zezwolenie na praktykę prywatną z możnością operowania i leczenia chorych prywatnych w szpitalu za zwrotem 10% (zużycie materiałów i narzędzi).

2. Uposażenie miesięczne ordynatora 3000 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło lub ekwiwalent, gdy nie mieszka w szpitalu zezwolenie na praktykę prywatną z możnością operowania i leczenia chorych prywatnych za zwrotem 10% (zużycie materiałów i narzędzi).

3. Uposażenie starszego asystenta: miesięcznie 1800 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło i wyżywienie.

4. Uposażenie młodszego asystenta: miesięcznie 1100 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło i wyżywienie.

W okolicach specjalnie drogich, winni otrzymywać wspomniani lekarze szpitalni dodatek drożyźniany lokalny od 40 do 60% od zasadniczych poborów.

Za każde 3 lata pracy na stanowiskach kierowniczych przysługiwałby się ordynatorom dodatek 10% a asystentom za każde 3 lata pracy szpitalnej również 10% poborów.

Lekarze szpitalni otrzymaliby premię za pracę nocną.

Dr Stefański: za wnioskiem: Na Śląsku lekarze szpitalni, nie mają unormowanych poborów. Uposażenie ich jest strasznie niskie.

Dr Chęciński: Tę sprawę należy załatwić lokalnie. Co do żądania zezwolenia na praktykę prywatną w szp. U. S. uważa, że szpital nie jest lecznicą prywatną. Niemoralne to i niespołeczne!

Dr Kusiak: W Krakowie w 1939 mieliśmy umowę szpitalną. Pobory lekarzy szpitalnych były analogiczne do poborów lekarzy domowych. Dziś pobory nasze są 3 razy wyższe. Najlepiej byłoby przyjąć naszą umowę dla całego Państwa.

Dr Stefański: Nie głosujmy tej rezolucji, lecz zostawmy to Zarządowi. Niech Zarząd prześle umowę krakowską na Śląsk.

Dr Gołąb: odczytuje dezyderaty przysłane na Zjazd przez lekarzy z Zamościa nie mogących przybyć do Krakowa rzekomo z powodu trudności komunikacyjnych. Dezyderaty te ilustrują ciękie warunki bytu lekarza, fikcyjność jego poborów oraz post-

ponowanie go w porównaniu z resztą pracowników tej instytucji. Koledzy zamojscy wypowiadają się za utworzeniem Zw. Lekarzy Ub. Społ., który miałby stanowić sekcję Związku Zaw. Lek. P. P. obok szeregu innych sekcji. Ponadto proponują również oddzielenie ubezpieczeń chorobowych od długoterminowych. Domagają się poświęcenia więcej uwagi lekarzom inwalidom i ich rodzinom oraz utworzenia domu wypoczynkowego dla lekarzy. Żądają również wykreślenia z przyszłej umowy punktu, nakazującego lekarzom przestrzegania tajemnicy zawodowej i zakładowej. Jest to art. 8 „Zasad Ogólnych" który brzmi: par. 1 Zachowanie tajemnicy urzędowej dotyczy załatwiania i biegu wszelkich spraw urzędowych ubezpieczenialni oraz obejmuje tajemnicę lekarską, par. 2. Zachowanie tajemnicy urzędowej obowiązuje również po rozwiązaniu umowy z lekarzem.

Podają motyw, że instytucja, która prowadzi gospodarkę bez zarzutu i z korzyścią dla członków ubezpieczalni, nie powinna się obawiać krytyki swojej pracy i rządzenia. Są za energicznym zabraniem się Rządu do radykalnej likwidacji lichwy „aptecznej" i spekulacji lekami, za należytym rozplanowaniem sieci lekarzy w terenie, wreszcie za zwolnieniem lekarza od płacenia podatku za służącą. Koledzy Zamojscy niepotrzebnie tylko obawiają się zakazu praktyki prywatnej przy wprowadzeniu Powszechnej służby Zdrowia.

Dr Ciećkiewicz: Przyjąć dezyderaty z poprawką i usunąć z nich to co jest sprzeczne z zasadami do umów.

Dr Hozer: Stosunek nasz do US jest umowny, a nie służbowy.

Dr Wilczyński: Należy upoważnić Zarząd do wydawania pisma związkowego.

Dr. Hozer: Pismo takie należy uruchomić, powinno ono mieć charakter bojowy.

Dr Ciećkiewicz stawia wniosek: Zjazd uważa za konieczne stworzyć pismo Związkowe, jeżeli Zarząd stwierdzi, że dotychczasowe pismo (Przegląd lekarski) nie wystarcza dla celów Związku, dla medycyny społecznej.

Wydawanie oddzielnego pisma jest bardzo kosztowne. „Przegląd Lekarski" walczy z niedoborem, ma zaledwie 600 abonentów. Dział poświęcony medycynie społecznej ożywi Przegląd Lekarski.

Dr Gołąb: jest za wnioskiem. Pismo muszą prenumerować wszyscy lekarze. Związek lekarzy US w Krakowie prenumeruje zbiorowo to pismo dla wszystkich członków. Inne oddziały Związku powinny pójść w nasze ślady.

Dr Biberstein: Starajmy się o powiększenie tymczasowo „Przeglądu Lekarskiego" albo wydawajmy go częściej. To się będzie kalkulowało taniej, niż wydawanie oddzielnego pisma. Zaprenumerujemy go dla całego Związku. Będziemy mieć 3000 prenumeratorów. Postawi to Przegląd na nogi. Związek może też udzielić subwencji.

Dr Hozer: „Przegląd Lekarski" jest pismem Tow. Lekarskiego, które się nie zgodzi na większy udział medycyny społecznej w piśmie. Potrzebne jest odrębne pismo z zakresu medycyny społecznej.

Dr Jaruzelska: Prowincja spragniona jest pisma.

Dr Chęciński: Pismo nasze jest potrzebne, ale poczekajmy z nim, aż powstanie pismo Związku lekarzy Państwa P. a w nim będzie dział medycyny społecznej.

Dr Liwszyc: proponuje wydawanie dodatku społ.-lekarskiego do „Przeglądu Lek., np. raz na miesiąc.

Dr Ciećkiewicz: Przegląd lekarski jest pismem Izby lek., Województwa, Tow. Lekarskiego i Związku lek. P. P. Komitet redakcyjny bardzo chętnie zgodzi się na rozszerzenie działu medycyny społecznej w piśmie. Stawia wniosek:

Prenumerata „Przeglądu Lekarskiego" jest obowiązkowa dla członków Z. L. U. S.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Otto: Stawia wniosek:

W okresie 5 i pół letnich perturbacji wojennych wielu lekarzy zatrudnionych w Ubezpieczalniach przed wojną, straciło pewien czasokres pracy z powodu: aresztowań, obozów, służby wojskowej, likwidacji ubezpieczalni, względnie przymusowych przesiedleń.

Ogólnopolski Zjazd lekarzy U. S. uchwala: lekarzom, którzy uzasadnią swoją przerwę w pracy, uzyskać zaliczenie tego czasokresu do wysługi lat.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Ciećkiewicz: Zweryfikowaliśmy Kolegów z innych Ubezpieczalni, ale nie załatwiono tego dla przerwy wojennej.

Dr Sokołowski: Koledzy Lwowiacy pracowali 2 lata w Państwowych instytucjach zamiast w U. S. Trzeba im to zaliczyć do wysługi lat.

Dr Grodecki: Zarząd niech tę sprawę załatwi pozytywnie.

Dr Janusz: Stawia wniosek:

Tragiczne kroniki żałobne polskiego stanu lekarskiego w szczególności uczonych lekarzy zwłaszcza Wszechnicy Lwowskiej doby minionej skłaniają mnie zwrócić się do 1-go ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy US z propozycją podjęcia inicjatywy uwiecznienia niesłychanego w dziejach ludzkości masowego mordu lekarzy polskich i złożenia hołdu rzetelnym zasługom przez wydanie okolicznościowej serii znaczków pocztowych.

W tym celu stawiam wniosek, aby 1 ogólnopolski Zjazd Lekarzy U. S. zwrócił się z apelem do Ministerstwa Poczt i Telegrafów z prośbą wydania i puszczenia w obieg okolicznościowej serii znaczków pocztowych, odzwierciedlających postacie wybitniejszych uczonych lekarzy, poszczególnych Wszechnic Polskich, najbardziej znanych w świecie naukowym. Dla przyspieszenia sprawy wydawnictwa Zjazd poleca wnioskodawcy dostarczyć Ministerstwu Poczt i Telegrafów wykończone projekty wzorów przyszłych znaczków pocztowych, sporządzone przez lekarza a zarazem artystę dra Stefana Szmaja.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Grodecki: Dziękuje w imieniu lekarzy Warszawskich kolegom Krakowskim a przede wszystkim Kol. Ciećkiewiczowi i Gołąbowi za pomoc, okazaną Kolegom z Warszawy, gdy musieli opuścić stolicę.

Dr Gołąb: Dziękuję przedstawicielom Władz i Związków Lekarskich za przybycie na Zjazd. Najważniejsza korzyść Zjazdu: Świat lekarski będzie

miał swoje oblicze. Jakie ono będzie, niewiadomo. Będziemy teraz występować nazewnątrz jako ciało jednolite bez względu na zapatrywnaia polityczne i społeczne.

Przychodzą mi na myśl słowa zamieszczone w zeszycie 6-ym Nowin Lekarskich Kol. Stefana Wrzyszczyńskiego:

„Jako lekarze ujmujemy i przeżywamy otaczającą nas rzeczywistość w sposób dla naszego zawodu charakterystyczny. Jakiekolwiek by nie były różnice indywidualne pomiędzy lekarzami, to jednakże wszyscy razem, jako grupa społeczna, jako grupa zawodowa będziemy mieli wspólne tendencje do takich a nie innych zbiorowych reakcji".

Czeka nas wytężona praca przy budowie fundamentów zdrowia w tworzącym się państwie.

Na tym obrady zjazdu zamknięto.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 3 października 1945

Dr Adam Kunicki (Klinika neurologiczna U. J.) przedstawia 2 chorych leczonych w szpitalu OO. Bonifratrów z powodu przewlekłego otorbionego ropnia mózgu. Leczeni byli różnymi sposobami i dlatego stanowią zobrazowanie możliwości leczniczych w tej dziedzinie oraz stwarzają sposobność do omówienia zastosowanych sposobów leczenia.

Chory G. M. l. 19 około czterech lat temu przebył doszczętną operację ucha. Po bardzo burzliwym przebiegu z objawami oponowymi i mózgowymi po kilku miesiącach odzyskał zdrowie i wrócił do pracy. Przez kilka lat cieszył się zupełnym zdrowiem. Prawie trzy miesiące przed obecną operacją, w czasowym związku z upadkiem z drabiny wystąpiły bóle głowy i wymioty. W ostatnich tygodniach stan chorego znacznie pogoroszył się. Na dnie oczu zjawiła się tarcza zastoinowa z wybroczynami, tętno jest zwolnione 40—45 oddech również (12). Jest coraz bardziej senny i przymroczony co obok bardzo przytępionego słuchu ogranicza znacznie możliwość dokładnego badania. Pewnego dnia w chwilach lepszej łączności z chorym udało się stwierdzić niedowidzenie połowiczne prawostronne, niemożność czytania, pisania oraz wykonywania najprostszych działań arytmetycznych. Przy badaniu mówił chory wyraźnie, pojmował co się do niego mówi, polecenia starał się wykonać. Zapytany z nienacka o nazwę jakiegoś przedmiotu nie zawsze mógł ją znaleźć *(aphasia nominalna)*. Pojmowanie dłuższych okresów mowy również nie zawsze było zupełne.

Na podstawie objawów nadciśnienia śródczaszkowego oraz wymienionych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, u osobnika który przebył ropną sprawę uszną rozpoznano ropień płata skroniowego lewego. Konieczność leczenia chirurgicznego nie ulega wątpliwości; trzeba było wybrać sposób postępowania. Czas trwania sprawy dopuszczał przypuszczenie, graniczące z pewnością, że torebka ropnia jest dostatecznie mocna by móc ropień wyłuszczyć w całości. Sposób daje znakomite wyniki, lecz połączony jest z koniecznością dużego otwarcia czaszki co wobec bardzo ciężkiego stanu chorego byłoby niewątpliwie dla niego groźne. Ponadto umiejscowienie sprawy w części mózgu bardzo ważnej dla czynności poznawczych nasuwało zastrzeżenia co do zabiegu połączonego z koniecznością usunięcia, a w każdym razie przecięcia tkanki mózgowej pokrywającej ropień oraz z pewnym urazem tkanki otaczającej ropień, czego przy najbardziej oszczędzającym postępowaniu, wyłuszczając zazwyczaj znacznych rozmiarów ropień, uniknąć się nie da. Z powyższych względów by jak najmniejszy był uraz operacyjny, wybrano sposób zwykłego sączkowania. W znieczuleniu miejscowym wywiercono na wysokości 4 cm ponad otworem usznym zewnętrznym otwór o średnicy 2,5 cm. Wywiadowcza kaniula mózgowa wprowadzona do mózgu napotyka na głębokości 1 cm elastyczny, mocny opór, znamienny dla dobrze wykształconej torebki ropnia. Po zamknięciu przestrzeni podpajęczynówkowej prądem koagulującym ropień otwarto, treść ropną wyssano ssawką, poczem do jamy ropnia wprowadzono rurkowaty sączek gumowy. Stan chorego już nazajutrz znacznie lepszy. Bóle głowy ustały, po tygodniu zaczyna wstawać z łóżka, czyta, pisze, liczy i słyszy znacznie lepiej. Niedowidzenie połowiczne ustępuje. Obraz dna oka wraca do prawidłowego stanu po około 8 tygodniach. Dzisiaj 2,5 miesiąca po zabiegu chory pracuje bez żadnych dolegliwości.

Drugi chory J. H. lat 21 od roku miewa napady padaczkowe ogólne zawsze rozpoczynające się utratą przytomności, występujące raz miesięcznie, a czasem rzadziej. 3 tygodnie temu wystąpiły gwałtowne bóle głowy, wymioty oraz podwójne widzenie. Bóle głowy rozlane lecz silniej skupione w okolicy czołowej. Napady padaczkowe stały się częstsze. W chwili badania chory przytomny, zbornie podaje szczegóły dotyczące choroby. Tętno zwolnione mocno bijące w palec. Na dnie oczu obustronna tarcza zastoinowa z licznymi plamistymi wybroczynami. Podwójne widzenie z powodu niedowładu lewego nerwu 6-ego. Po kilku dniach również gałki ocznej nie dociąga do kącika zewnętrznego. Wargowa gałązka nerwu VII prawego słabsza. Innych objawów ze strony układu nerwowego nie stwierdzono. Rozpoznano guz mózgu umiejscowiony w płacie czołowym lewym. Brak niedowładów kończyn i zaburzeń mowy po napadach padaczkowych oraz rozpoczynanie się napadów utratą przytomności wskazuje na uszkodzenie przybiegunowej części płata czołowego. Panujące nad obrazem klinicznym obj. nadciśnienia śródczaszkowego przy nikłych objawach ogniskowych wskazują na możliwość ropnia, gdyż tak wybitne zwolnienie tętna rzadziej spostrzegamy w przebiegu nowotworów półkul mózgowych.

W znieczuleniu miejscowym $^1/_2$% nowokainą otwarto czaszkę płatem kostnym odsłaniającym czołową część mózgu po stronie lewej. 2—3 cm do tyłu od bieguna czołowego twardówka sklejona z pajęczynówką, rysunek kory mózgowej zatarty, spoistość zmniejszona. Zmienioną korę mózgową nacięto na odcinku około 3 cm i na głębokości 1,5 cm dotarto do czerwono-brązowej powierzchni guza, który dało się bez większych trudności oddzielić od otaczającej tkanki mózgowej. Przy zakładaniu na guz szwu kejcowego, służącego do przytrzymywania i wyważania guza, zjawiła się kropla ropy, którą natychmiast złapano sssawką, po czym guz przez szybkie wyważenie z łożyska usunięto w całości. Był on wielkości mandarynki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań do 12 dnia, kiedy to zjawia się gorączka, która trwała przez 3 dni, a której przyczyną okazał się krwiak podskórny. Po usunięciu krwiaka ciepłota spada, stan chorego poprawia się z dnia na dzień. Dzisiaj niecałe dwa miesiące po zabiegu chory jest bez dolegliwości, tarcza zastoinowa ustąpiła prawie zupełnie. Napady padaczkowe jeszcze kilkakrotnie po operacji wystąpiły. Chory zażywa stale prominal i powinien zażywać go jeszcze najmniej przez rok, gdyż mimo usunięcia padaczkorodnego czynnika trzeba stłumić ustrojową skłonność do odczynu padaczkowego, która wyzwolona przez uszkodzenie mózgu nadal może być przez pewien czas powodem napadów padaczkowych.

Sposoby zastosowane w leczeniu przedstawionych chorych współzawodniczą z sobą w leczeniu przewlekłych, otorbionych ropni mózgu. Niewątpliwie wyłuszczenie ropnia w całości jest ideałem który zawsze chcielibyśmy osiągnąć, jednak o ile możności nie za cenę życia chorego.

Dlatego tam gdzie byłoby zbyt zagrożone dużym zabiegiem raczej pójdziemy drogą zwykłego sączkowania przez mały otwór w czaszce. Wyłuszczenie jest również przeciwwskazane jeżeli istnieje zapalne ognisko w kości, leżące w obrębie zamierzonego płata kostnego. Ujemną stroną sączkowania jest pozostanie w mózgu torebki ropnia. która może stać się z czasem przyczyną padaczki stanowiącej wtedy wskazanie do usunięcia torebki. Możliwe jest również przeoczenie ropnia bliźniaczego.

Przy wyborze sposobu postępowania trzeba kierować się właściwościami przypadku. Czasem kompromis daje dobry wynik: w ciężkim stanie chorego opróżniamy ropień przez nakłucie a po osiągnięciu poprawy przystępujemy do wyłuszczenia.

W dyskusji zabiera głos prof. dr Miodoński, który

uważa, że powstanie ropnia otogennego w przypadku przedstawianym przez kol. Kunickiego przypada najprawdopodobniej na moment zadziałania urazu. Przy uchu ropiejącym nie rządko spotykamy się z tym zjawiskiem, że uraz mechaniczny jest momentem wywołującym wystąpienie powikłania.

Jak właściwie przedstawiał się stan ucha w momencie operacji ropnia, tego nie wiadomo.

Co do sposobu postępowania operacyjnego — a mianowicie, że ropień drenowano a nie wyłuszczano, — to zdaniem moim był on najzupełniej trafny. Jest to metoda najoszczędniejsza dla tkanki mózgowej, co zwłaszcza przy tym umiejscowieniu ropnia jest bardzo ważne.

Jeśli jednak stoimy na stanowisku — co zresztą zdaje się nie ulegać wątpliwości, — że ropień był otogenny, — to droga na jakiej ropień dosięgnięto, winna pokrywać się z drogą najprawdopodobniejszej inwazji. To może zaważyć na dalszej przyszłości chorego.

Usuwanie ropni otogennych otorbionych drogą wyłuszczania, nie przedstawia jak dotąd dla otologii decydujących korzyści, — mieści zaś w sobie wiele stron ujemnych.

Ropnie otorbione pochodzenia usznego, nie są zresztą dla otologa największym zmartwieniem i traktowane w różny sposób, dają i tak najlepsze wyniki.

O wiele trudniejszym zagadnieniem są tu ropnie nieotorbione tzw. ropnie wolne.

Wydatną poprawę statystyki ropni wolnych uzyskałem przez wprowadzenie leczenia salwarsanem, — a w analogii do ropni płucnych — leczenie to stosuję od lat kilkunastu.

Obok leczenia salwarsanowego, naświetlania Rtg. dawkami przeciwzapalnymi należy uważać za właściwą pomoc. W ropniach móżdżkowych, gdzie postać szczelinowa jest tak częsta, stosuję od lat „mokrą tamponadę“ przy pomocy lipiodolu. Po udałej punkcji wprowadzam w miejsce wyaspirowanej treści lipiodol, w nieco mniejszej objętości niż treść wyaspirowana. Przy tym postępowaniu można ropień szczelinowy zamienić na bardziej kulisty, jak to mogliśmy obserwować na zdjęciach. Warunki nacięcia i ewent. setonowanie są wtedy znacznie lepsze. Można też niekiedy doprowadzić ropień do wyleczenia drogą samych punkcyj. Przy punkcjach końcowych — aspiruję jedynie i nie wpuszczam już lipiodolu.

W dalszym ciągu dyskusji dr Hasmann stwierdza, że w latach 1940—1945 miał sposobność obserwować w Klinice Laryngologicznej U. J. 24 przypadki ropni mózgowych i móżdżkowych. W tej liczbie 12 przypadków dotyczyło ropni mózgowych, 12 móżdżkowych. Z pośród 12 ropni mózgowych pochodzenia usznego 1 przypadek, dotyczący ropnia prawego płatu skroniowego, pozostał nierozpoznany, 1 przypadek zmarł tuż przed mającą się odbyć operacją. Z pozostałych 10 przypadków operowanych 5 przypadków wyszło, 5 zaś zmarło. Na 12 przypadków ropni móżdżkowych pochodzenia usznego operowanych 6 przypadków wyszło 6 zmarło. Wszystkie przypadki operowane były ze względu na działanie w terenie zakażonym po uprzedniej operacji usznej przez sączkowanie.

Dr E. Ferens przytacza w związku z wyłuszczaniem ropni w całości dwa własne przypadki, dotyczące 1) ropnia pourazowego, 2) ropnia przerzutowego półkul mózgowych, w których współistniały ropnie podokostne czaszki. Usunięcie ropnia w jednym przypadku skończyło się pomyślnie, w drugim zaś doszło do zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia opon mózgowych. Dr Ferens uważa, że w drugim przypadku, przedstawionym przez dra Kunickiego, ropnia płata czołowego istnieje niebezpieczeństwo nawrotu choroby wskutek wtórnego zakażenia przy zabiegu łożyska ropnia.

W odpowiedzi dr Kunicki zauważa, że dyskusja znacznie wykroczyła poza ramy tematu zakreślonego przedstawianymi przypadkami. Obrazują one leczenie przewlekłego, otorbionego ropnia mózgu i dlatego nie poruszał zagadnień związanych z innymi okresami tego cierpienia. Grubość i szybkość wytwarzania się torebki zależy istotnie od osobniczo różnej siły odczynu tkankowego, od rodzaju zarazka, jest jednak również funkcją czasu. Na podstawie klinicznych i doświadczalnych danych ustalono, że dostatecznie mocna torebka łącznotkankowa pozwalająca na bezpieczne wyłuszczenie ropnia, wytwarza się w ciągu 4-ch do 6-iu tygodni. Na znajomości tego opiera się zasada „hodowania ropnia“ podostrego, a właściwie jego torebki, by doczekawszy się jej odpowiedniej grubości móc ropień usunąć w całości. Zasada czekania jak najdłużej. Jeśli przed upływem wspomnianego czasokresu wystąpią groźne dla życia objawy, postępujemy sposobem Clovis'a Vincent'a: płatowe otwarcie czaszki bez otwierania twardówki oraz nakłucie ropnia przez małe nacięcie twardówki tępą kaniulą mózgową. Jeśli torebka stawi znaczny elastyczny opór, możemy uważać ropień za dojrzały do wyłuszczenia. Jeśli kaniula łatwo przebije torebkę ropnia, wydobywamy z niego pewną ilość ropy po czym zamykamy czaszkę i czekamy. W ten sposób poprawiamy stan chorego odbarczeniem zewnętrznym przez ruchomy płat kostny oraz wewnętrznym przez zmniejszenie objętości ropnia. Osiągnięta poprawa trwa zwykle kilka tygodni, w ciągu których torebka ropnia wzmacnia się, stwarzając warunki do zabiegu doszczętnego. Raz jeszcze podkreślam, że omówiony sposób postępowania odnosi się tylko do ropni otorbionych i umiejscowionych w półkulach mózgowych. Otiatrzy spotykają się głównie z wczesnymi okresami ropni mózgowych, często w okresie czynnej sprawy usznej i dlatego zmuszeni są szukać innych sposobów postępowania. Ropień móżdżku nastręcza wyjątkowe trudności, gdyż sprawa toczy się w sąsiedztwie rdzenia przedłużonego i już bardzo wcześnie wywołuje objawy groźne dla życia. Dlatego też trzeba wkraczać czynnie jeszcze przed utworzeniem się torebki, co bardzo pogarsza rokowanie. Czy zastosowanie odbarczenia z następowym wyczekiwaniem nie poprawiłoby w tych razach wyników leczniczych jest sprawą doświadczenia.

Naderwanie się torebki ropnia w czasie wyłuszczania nie jest zbyt groźnym zdarzeniem. Ropę chwyta się ssawką a miejsce pęknięcia mając ciągle na oku, można uchronić od zetknięcia się z mózgiem.

Co do pierwszego przypadku, mnie również wydaje się prawdopodobniejsze, że przez uraz uczynniony był proces uszny, chociaż klinicznych objawów ze strony ucha — badanie otiatryczne nie wykryło. Z całą stanowczością nie można jednak wyłączyć bez objawowego trwania ropnia przez kilka lat, gdyż wypadki takie niewątpliwie zdarzają się. Obserwowałem ropień, który w piętnaście lat po postrzale spowodował śmierć wśród burzliwych objawów. Torebka ropnia bardzo gruba, częściowo była skostniała, częściowo schrzęstniała. Obok leżały dwa świeże ropnie, które spowodowały katastrofę. Powstały one przez ścieńczenie w pewnym miejscu torebki ropnia i przedostanie się zarazków do tkanki mózgowej otaczającej.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. dr Janina Kowalczykowa wygłosiła odczyt pt.: „Zagadnienie ziarnicy złośliwej“ (rzecz ukaże się w druku w „Przeglądzie Lekarskim“).

Dyskusję nad odczytem odłożono na następne posiedzenie.

Protokół

posiedzenia naukowego z dn. 10 października 1945

Prof. dr Aleksander Oszacki wygłosił odczyt pt.: „Penicylina, jej własności chemiczne i biologiczne oraz zastosowanie kliniczne“.

W dyskusji nad odczytem prof. Walter zawiadamia, iż krakowska klinika dermatologiczna U. J. od kilku tygodni rozpoczęła już leczenie rzeżączki i róży penicyliną, jak dotychczas z wynikami bardzo dobrymi. Porusza możliwości leczenia kiły penicyliną, przytaczając dane z literatury amerykańskiej.

Dalszą dyskusję odłożono na następne posiedzenie.

ALEKSANDER MACIESZA

Prezes Towarzystwa Naukowego w Płocku i Prezes Związku Lekarzy

Dnia 10 października r. b. odszedł od nas w zaświaty kolega nasz, senior lekarzy płockich ś. p. dr Aleksander Maciesza w wieku 70 lat, działacz społeczny i polityczny, organizator szkolnictwa polskiego w dobie przełomowej i wychowawca młodszego pokolenia Narodu.

Ś. p. dr Maciesza urodził się na Syberii w Tomsku w 1875 roku. Po Ojcu swym, powstańcu 63 r., odziedziczył głęboką miłość Ojczyzny i Kraju. Miłości tej nie zagłuszyło wychowanie na obcej ziemi.

Po ukończeniu uniwersytetu w Tomsku przybywa do Płocka w 1904 roku, gdzie poświęca się pracy lekarskiej jako specjalista chorób oczu.

Praca zawodowa nie zaspokaja Go w zupełności. Widzi ciężkie położenie Narodu i Ojczyzny pod carskim jarzmem i z zapałem oddaje się pracy politycznej, społecznej i oświatowej. Naród ocenił tę Jego pracę i wysłał Go jako posła do Dumy rosyjskiej w Petersburgu, ażeby tam skutecznie bronił spraw polskich.

A kiedy w 1918 roku wyzwolona Polska doczekała się własnego samorządu, społeczeństwo ziemi Płockiej, aby dowieść, że darzy Go nadal swoim zaufaniem, wybiera Go Prezydentem Miasta Płocka, a Państwo zaś pomne zasług Jego nagradza Go między innymi orderem Polonia Restituta.

Uważając, że z chwilą odzyskania niepodległości rola Jego, jako polityka, do pewnego stopnia skończona, ekspanzywna i pracowita Jego natura szuka zaspokojenia w pracy naukowej. Odtąd oddaje się z zamiłowaniem badaniom w Tow. Naukowym, pracując przeważnie w dziedzinie prehistorii i antropologii. Prace Jego w tym kierunku zyskały Mu uznanie w świecie naukowym.

Pracował również przez długie lata w Tow. Lekarskim w Płocku.

Był dobrym i kochanym przez nas wszystkich kolegą. Jako długoletni prezes Związku Lekarzy Płockich prowadził kolegów przez długie lata ku lepszej przyszłości. Czystej, kryształowej Jego duszy i świetlanej postaci nie zapomną oni nigdy. Cześć Jego pamięci! *Dr Antoni Szurzec*

SPRAWOZDANIA

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA PAŃSTWOWEJ RADY ZDROWIA, KTÓRE ODBYŁO SIĘ DNIA 2 X 45 r W WARSZAWIE

Zebranych przedstawicieli nauki, lekarzy praktyków, lekarzy służby administracyjnej, i działaczy społecznych na niwie służby zdrowia powitał Minister Zdrowia dr Franciszek Litwin Otwierając to pierwsze posiedzenie zwołane na podstawie art 10 ustawy z dnia 15 czerwca 1939 roku, Minister stwierdził, że Służba Zdrowia w Polsce ma bogatą przeszłość. Niewola przytłumiła poprzednio uzyskane zdobycze, jednak niepodległość nasza pisała już śmiałe karty w księdze zdrowia publicznego Niestety życie gospodarcze i niezrozumienie znaczenia Zdrowia nie pozwoliło na zrealizowanie wszystkich planów. Zniesienie Min. Zdr. ze względów oszczędnościowych sprowadziło zwężenie kompetencji i ogólny upadek znaczenia służby zdrowia Mimo to stale domagano się skupienia agend Służby Zdrowia w jednym ręku, a w latach 1931 i 32 podjęto na nowo starania o restytucję Ministerstwa Zdrowia. 11 kwietnia 1945 r. powstało ponownie Ministerstwo Zdrowia jako najwyższy czynnik administracyjny służby zdrowia, którego celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej całej ludności państwa. Oparcie się jednak tylko o ustawę z rygorami policyjnymi nie da rękojmi należytego toku prac. Ministerstwo Zdrowia chce aby społeczeństwo zrozumiało znaczenie zdrowia i polityki populacyjnej dla szerokich mas chłopskich i robotniczych. Powstanie Państwowej Rady Zdrowia jest dowodem, że społeczne i doradcze ramię stanęło już do współpracy i że przygotowuje ustawodawcze ramy dla Służby Zdrowia. Naczelnym hasłem naszym jest skupienie wszystkich agend służby zdrowia w jednym ręku i leczenie chorób społecznych na koszt państwa, wreszcie ujednolicenie i uspołecznienie służby zdrowia w Polsce. Ustawę o Publicznej Służbie Zdrowia musimy opracować do 30 grudnia b. r.; wspólny wysiłek rewolucji społecznej winien nas natchnąć do osobistych wysiłków, które muszą przynieść spodziewane owoce.

Przewodniczący Państwowej Rady Zdrowia dr Marcin Kacprzak w swym przemówieniu powitalnym nawiązał do czasów danwj niepodległości gdy komisja „boni ordinis" rozpatrywała pierwszy projekt służby zdrowia dla ocalenia życia i zdrowia obywateli. Działanie tej komisji podjęła później w r. 1810 Rada Lekarska a później Rada ogólnopolska. Po 50 latach przerwy powstała ponownie Rada Lekarska Królestwa Polskiego. przekształcona później w Radę Zdrowia. której jesteśmy dziś dalszym ciągiem. Mieliśmy już licznych poprzedników którzy wiele na tym polu zdziałali. Min. Chodźko przy otwarciu pierwszej Rady w r. 1922 powiedział, że ostatnia Rada Lekarska zostawiła spuściznę, która do tej pory nie pokryła się pleśnią. Dziś także przystępujemy do obrad z wiarą w postęp narodu i wartość człowieka. Zarzuciliśmy dawną metodę wybierania członków, ponieważ w obecnym czasie nieskrystalizowania się opinii publicznej wybór mógłby wypaść zupełnie przypadkowo. Wybór został dokonany tylko wśród ludzi nauki, leaderów lekarskich i tylko wartość osobista i społeczne nastawienie decydowały o wyborze. Musimy być szczerymi demokratami, którzy uznają równe szanse dla wszystkich a ściśle związani ze społeczeństwem postawimy dobro społeczne ponad interesem grup do których należymy. Nie chcemy też by dzisiejsza Rada była bezduszną komisją ministerialną lecz przedstawicielstwem świata nauki i praktyków lekarskich. Zwróciliśmy się przede wszystkim do starszego pokolenia zapraszając ich na członków Rady, aczkolwiek młodsi odgrywają w rewolucjach większą rolę, a starsi trudniej adaptują do rewolucyjnego tempa życia. Chcemy tworzyć nowe rzeczy do czego jest potrzebna wiedza i doświadczenie, których nic nie potrafi zastąpić. Zresztą starszy człowiek nie koniecznie musi być „*laudator temporis acti*". Młodsze pokolenie będzie w stanie pokazać swoje istotne oblicze w najbliższej przyszłości a wtedy skład Rady ustalony na razie na jeden rok zmieni się. Przyszłość należy do młodych, którzy w latach okupacji pokazali, że są pełni szlachetnej ideologii i że dla dobrej sprawy gotowi są oddać wszystko nie wyłączając życia. Obecne pokolenie musi dać Polsce dzielnych ludzi i bohaterów dnia codziennego w Służbie dla Zdrowia narodu. Rada składa się z lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek i każdy z członków Rady ma prawo zabrać głos, zarówno w zakresie swego działania jak i co do polityki ogólnej. Narazie większość Rady pochodzi z Warszawy — gdyż są najbliżej dostępni, później będą uwzględnione inne ośrodki i Rada będzie uzupełniona także przedstawicielami lekarzy praktyków z prowincji. Główna praca będzie się odbywać w komisjach, w których będą brali udział nie tylko członkowie Rady. Plenum Rady zbierze się kilka razy do roku jako ciało doradcze i opiniodawcze dla rozpatrzenia spraw przekazanych nam przez sfery kierownicze służby zdrowia; możemy też wykazać i własną inicjatywę. Najważniejszym zagadnieniem to opracowanie ustawy o Publicznej Służbie Zdrowia do 1. XII 45 r., później ustawy o zwalczaniu gruźlicy, o zwalczaniu chorób wenerycznych i innych. Walka o zdrowie narodu musi być postawiona na tym samym poziomie i tak samo respektowana jak inne najważniejsze zagadnienia społeczne. Musimy więc rozporządzać wyrobionymi i uzdolnionymi znawcami tych spraw które należy planować na długo-dystansową metę, musimy wychować mężów stanu zdolnych do prowadzenia polityki zdrowia w skali państwowej.

Min. Chodźko stwierdził, że dwa razy już obca przemoc kładła kres istnieniu Rady Zdrowia. Ze szczególnym wzruszeniem wita i składa życzenia prezesowi naszej najwyższej magistratury zdrowia. Przed Radą otwierają się dziś tak doskonałe perspektywy jakiej jeszcze nigdy w swojej historii nie miała, ponieważ wszyscy uznajemy dziś proponowane przez obecnego prezesa Rady prawo do zdrowia równe z prawem do pracy. Osobiście jest szczęśliwy, że danym mu jest uczestniczyć w tym dziele, które jak to Śniadecki określił „pragnie uczynić człowieka szczęśliwym przy spełnianiu swej pracy".

Prof. Czubalski oświadczył, że ponowne przywrócenie do życia Rady Zdrowia ma ogromne znaczenie dla zdrowia narodu. Mamy dziś zaledwie połowę lekarzy w porównaniu z rokiem 1939. Szpitale i zakłady lecznicze są zniszczone, war-

sztaty pracy lekarskiej albo nie istnieją, albo jak w Warszawie dużo straciły. Przeżyte ostatnio wypadki wojenne pogorszyły stan zdrowotny narodu tak dalece, że opanowanie tego stanu będzie wymagać dużego napięcia woli, doskonałej organizacji i przemyślenia wszystkich zagadnień zdrowia, ponadto wyzyskania wszystkich wysiłków ludzkich dla osiągnięcia zamierzonego celu. Jednym z naczelnych zagadnień stało się kształcenie lekarzy — ponieważ Ministerstwo Zdrowia dźwiga ciężar zorganizowania służby zdrowia dla całego społeczeństwa, wydziały lekarskie muszą z nim współpracować nie tylko w charakterze wykładowców, lecz w znacznie szerszym zakresie. Formy tej współpracy zostaną w przyszłości bliżej zakreślone i wynikną z dalszych obrad Rady. Wydziały lekarskie pragną przy tym ze strony Ministerstwa Zdrowia zrozumienia dla swych własnych postulatów. Z jednej strony społeczeństwo nie może sobie pozwolić na przedłużanie nauki lekarskiej, z drugiej strony nie może to być połączone ze szkodą dla nauki polskiej i wartości polskiej wiedzy lekarskiej. Należy znowu dążyć do utrzymania właściwego wkładu wiedzy polskiej w międzynarodowy dorobek.

Dr Kacprzak wyjaśnił, że najpilniejszą pracą Rady jest ustawa o publicznej służbie zdrowia, którą musimy przygotować do 1 XII 45 r. Termin ten wydaje mu się krótki, ale musimy zrobić wszystko aby terminu dotrzymać. Proponuje zorganizować pracę w ten sposób by stworzyć komisję główną z siedzibą w Warszawie i kilka podkomisji w Warszawie, Łodzi, Poznaniu i w Krakowie dla przygotowania poszczególnych zagadnień. Dziś dyskusja powinna się toczyć tylko nad sprawą zasadniczą. Oficjalnego projektu ustawy o publicznej służbie zdrowia właściwie nie ma. Jest tylko konspiracyjny projekt dra Kacprzaka w niezmienionej zupełnie formie, prócz tego jest też projekt Izby warszawsko-białostockiej. W przyszłości postaramy się dostarczyć komisji więcej materiału. Pewne punkty podstawowe spotykają się we wszystkich projektach i te pragnie podkreślić, 1) pragnąc by zagadnienia zdrowia były odtąd na wyższym poziomie i odegrały w przyszłości większą rolę niż do tej pory — uważa za konieczne aby w konstytucji polskiej był zamieszczony punkt o zdrowiu jako prawo każdego obywatela do zdrowia. 2) Należy podjąć wszelkie wysiłki aby w Ministerstwie Zdrowia znalazły się również zagadnienia ludnościowe, gdyż na ten temat nikt nie ma więcej od lekarzy do powiedzenia. Gdy doszły go słuchy, że ma być utworzone odrębne ministerstwo dla spraw ludnościowych, zaniepokoił się ,gdyż osobiście uważa to za zagadnienie lekarskie wielkiej wagi. Depopulacja grozi wszystkim kulturalnym narodom, ale nie chodzi tu tylko o ilość lecz także o jakość człowieka. 3) musimy zmierzać do tego, aby wszystkie zagadnienia zdrowia były ześrodkowane w ministerstwie zdrowia gdyż dotąd sprawy zdrowia są rozpatrywane w kilku ministerstwach. Nawet ministerstwo spraw wojskowych winno uzgadniać sprawy zdrowia z ministerstwem zdrowia, a wszystkie inne ministerstwa powinny już dziś oddać je lub podporządkować Ministerstwu Zdrowia. Miejsce konkurencji między lekarzami musi zająć współpraca. Jest rzeczą do dyskusji, czy trzeba włączyć leczenie ubezpieczonych do Publicznej służby zdrowia odrazu czy stopniowo, czy lekarz więzienny ma być w Min. Sprawiedliwości czy w Min. Zdrowia, ale zasada, że wszystkie zagadnienia zdrowia mają być ześrodkowane w Min. Zdrowia nie może być naruszana. Jest oczywistym, że administracja służby zdrowia musi być w Min. Zdrowia; wszystko może być tak jak dawniej z tym zastrzeżeniem, że lekarze wojewódzcy i powiatowi pozostaną przy województwie i przy powiecie, jednak nie powinni być podporządkowani administracji ogólnej. Lekarz, który samodzielnie decyduje o zarządzeniach w sprawach fachowych winien jako odpowiedzialny za te zarządzenia sam je podpisywać. W sprawach fachowych lekarz może być odpowiedzialny tylko przed czynnikiem lekarskim. Można utrzymać zasadę jednolitości administracyjnej, ale należy także wprowadzić zasadę jednolitości wykonawczej w Służbie Zdr. Jako higienista rozumie doskonale znaczenie akcji zapobiegawczej, która powinna być na pierwszym miejscu, ale akcja lecznicza tj. zapewnienie opieki lekarskiej w chorobie stała się dziś najpilniejszym zadaniem. Akcję zapobiegawczą trzeba zrozumieć i trzeba do niej dorośćm dlatego jest ona późniejszym zagadnieniem. Zagadnienie administracji sanitarnej też było dotąd tak wykonywane, że część lekarzy zajmowała się leczeniem chorych, a lekarze administracyjni zajmowali się śmietnikami, podwórzami i ustępami — co trzeba zmienić. Higiena otoczenia nie musi być wykonywana tylko przez lekarza, jest to dziś dla nas za drogie, wystarczą do tego siły pomocnicze. Wszyscy lekarze muszą dążyć dziś do zapewnienia ludności opieki lekarskiej w chorobie i dlatego odpowiedni ustęp o tym musi się znaleźć w ustawie. Musimy też rozstrzygnąć czy w zasadzie uznajemy powszechną opiekę lekarską za konieczność, czy nie. Pomoc lekarska nie powinna być zależną od zasług, urodzenia, funkcji lecz od potrzeb. Zastanawiając się nad pytaniem, czy plan powszechnej służby Zdrowia może być odrazu zrealizowany dr Kacprzak ma co do tego pewne wątpliwości. W ustawie musimy tylko dać wyraz naszemu nastawieniu wewnętrznemu a upowszechnienie opieki lekarskiej musi być stopniowe i iść w parze z upowszechnieniem środków farmaceutycznych. Natomiast z niesłabnącym uporem powtarza, że pomoc w nagłych wypadkach, opieka lekarska w położnictwie, ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych musi być z punktu widzenia społecznego i humanitarnego bezwzględnie zapewniona wszystkim i to zaraz lub w najbliższej przyszłości. Skoro izolacja chorego ma na celu raczej dobro społeczne a nie indywidualne, przymus leczenia szpitalnego w chorobie zakaźnej nie może obciążać chorego. Dlatego też Min. Zdr. przygotowuje już dziś projekt bezpłatnego leczenia w szpitalu, w chorobach zakaźnych groźnych dla otoczenia. Opieka nad niemowlęciem i nad dzieckiem muszą być też uwzględnione już obecnie. Przyszła powszechna służba zdrowia musi się opierać: 1) na szpitalu jako najwyższej instytucji leczniczej, 2) na Ośrodku Zdrowia, 3) na gabinecie lekarskim.

Ośrodek Zdrowia był pomyślany początkowo jako instytucja przeznaczona do walki z chorobami społecznymi, dziś musi być ona przekształcona w instytucję zarówno zapobiegawczą jak i leczniczą. Ośrodek Zdrowia w mieście będzie leczył gruźlicę, choroby weneryczne i jaglicę oraz będzie działał zapobiegawczo. Na wsi ośrodek zdrowia będzie leczył i zwykłe choroby. Ośrodek Zdrowia to tylko lepiej urządzony i wyposażony gabinet lekarski, który ma do swej dyspozycji personel pomocniczy, laboratorium i lekarzy specjalistów z różnych dziedzin. Gabinet lekarski jest uzupełnieniem działalności Ośrodka. Żaden z projektów nie przewiduje zniesienia prywatnej praktyki lekarskiej, chodzi tylko o zapewnienie ogółowi jak najlepszej pomocy. Jeżeli komuś ogólnie dostępna i dobra pomoc lekarska nie wystarcza, będzie mógł zawsze szukać pomocy tam gdzie chce, my nic nie możemy mieć przeciwko temu. W przyszłości cały kraj będzie usiany ośrodkami zdrowia i wtedy praktyka prywatna będzie niewątpliwie ograniczona, czy umniejszona, na tym jednak sprawa sama zyska a lekarze nie ucierpią. Początkowo należy nałożyć obowiązek na wszystkich lekarzy spełniania pewnych funkcji społecznych. Każdy lekarz musi oddać pewne godziny pracy lecznictwu zorganizowanemu — oczywiście za wynagrodzeniem.

Należy zarzucić jaknajprędzej indywidualną filantropię lekarską, albowiem każdy ma prawo otrzymać pomoc lekarską godziwie opłacaną już to przez instytucję, już to przez samego zainteresowanego. W ustawie musi się znaleźć ustęp o kształceniu lekarzy na wydziałach lekarskich z uwzględnieniem potrzeb służby zdrowia. Osobiście dr Kacprzak jest przeciwnikiem kształcenia 1/2, 1/4 czy 3/4 lekarzy, dlatego nie trzeba studiów zbytnio skracać. Min. Zdrowia musi mieć głos w sprawach kształcenia lekarzy, także dokształcanie lekarzy przez lub pod kontrolą służby zdrowia jest konieczne — ponieważ wielu lekarzy po wyjściu z uniwersytetu nie bardzo się już interesuje nauką. Trzeba więc dążyć do podniesienia poziomu lekarskiego drogą przymusowego dokształcania lekarzy, przy tym jednak należy uwzględnić w miarę możności interes osobisty kształconego i nie dopuścić by on na tym ucierpiał. Lekarze zawsze wykazywali dużo dobrej woli do praktycznego kształcenia się. Wiąże się z tym sprawa prasy lekarskiej i to takiej, którąby lekarze chętnie czytali. Dr Kacprzak jest zwolennikiem kilku pism ogólnych na wysokim poziomie i dostępnych ogółowi lekarzy, niezależnie od pism specjalnych. Zapewnienie lekarzowi tej literatury winno być takim samym obowiązkiem jak urządzenie gabinetu w Ośrodku Zdrowia i zaopatrzenie go w sprzęt i instrumenty lekarskie.

Organizacje zawodowo-lekarskie muszą oczywiście istnieć, zarówno Izby lekarskie jak i Związki Zawodowe Lekarzy, jednak rola ich w dziedzinie polityki zdrowotnej pozostaje jeszcze do omówienia. Zawodowe ośrodki lekarskie dla celów deontologicznych i obrony interesów zawodowych muszą pozostać, jednakże wyrazem państwowej myśli zdrowotnej pozostanie pewno Rada Zdrowia.

Kto będzie za to wszystko płacił? dr Kacprzak jest za związaniem służby zdrowia z samorządem, pod kontrolą i kierunkiem państwowym. Nie jest to dziś łatwe, gdyż znajdujemy się w okresie przejściowym. Ustawa musi wy-

powiedzieć się za czym jesteśmy czy za rządowym, samorządowym, czy ubezpieczeniowym wyjściem z tej sytuacji (tj. za sposobem zorganizowanej pomocy w chorobie).

Prof. Szenajch zgadza się najzupełniej co do zjednoczenia wszystkich agend zdrowia w Min. Zdrowia. Podobnie ochrona macierzyństwa i opieka nad dzieckiem muszą znaleźć się tylko w Min. Zdrowia. Izby lekarskie winny pozostać jako głos samorządu lekarskiego, a projekty ustaw winny przechodzić nie tylko przez Radę Zdrowia lecz także przez głos, który pochodzi z Izb Lekarskich, w drodze przez Naczelną Izbę Lekarską. Ośrodki Zdrowia dawały dotąd tylko nauki — odtąd mają działać, a skoro będą działać — muszą być także włączone do programu kształcenia lekarzy. Ośrodek Opieki nad dzieckiem powinien znajdować się przy każdej Klinice pediatrycznej, gdyż wówczas medycy będą mieli sposobność zapoznać się z jego działaniem i wówczas medycyna społeczna wejdzie im w krew. Wciągnięcie do służby zdrowia wszystkich lekarzy musi być inaczej zrobione na wsi, a inaczej w miastach. Dokształcanie lekarzy powinno pozostać w rękach samych lekarzy, mianowicie w rękach Izby Lekarskiej.

Doc. Kapuściński podziela zdanie dra Kacprzaka, że zadania służby zdrowia muszą być zrealizowane w ciągu jednego pokolenia. Osobiście jest przeciwnikiem wykonywania Publ. Sł. Zdr. przez państwo, które zawsze ma skłonność do biurokratyzmu. Także samorządy terytorialne nie dojrzały finansowo do tego by mogły podołać zadaniom finansowym Sł. Zdrowia. Wypowiada się więc za samorządem zdrowia, podobnie jak np. organizacje Związków Zawodowych, lub ubezpieczenia chorobowe. Należałoby z ubezpieczenia społecznego wyodrębnić organizację lecznictwa i rozszerzyć ją na coraz większy zakres ludności z zachowaniem samorządu zdrowia.

Dr Gangel oświadczył, że powstanie Rady Zdrowia zostanie z radością powitane przez lekarzy, gdyż dowodzi, że Min. Zdrowia chce prowadzić jednolitą politykę zdrowotną. Program, który dziś mamy w ręce jest tak olbrzymi, że trudno będzie te tematy wyczerpać. W konstytucji sowiec. znajduje się ustęp o tym, że każdy obywatel ma prawo do bezpłatnego leczenia. W państwie polskim, zasadniczo państwie robotniczo-włościańskim powinien taki ustęp także się znaleźć. Nie mamy jednak dostatecznego materiału lekarskiego do tego i realnie myśląc możemy tylko etapami przystąpić do zrealizowania naszych zamierzeń. Byłoby racjonalnym gdyby Rada Zdrowia rozstrzygnęła w jaki sposób najszybciej można dokształcić personel lekarski i personel pomocniczy i czy studia lekarskie mają trwać tak długo jak dotąd czy też należy je zmienić. Osobiście jest za tym by zcentralizować wydziały lekarskie w Min. Zdrowia — ponieważ chodzi o to aby lekarzy było więcej; jest przeciwnikiem lekarzy niedokształconych, uważa jednak, że wydziały lekarskie muszą prędzej pracować. Realnym i aktualnym postulatem w obecnej chwili jest opieka lekarska dla pracującej ludności miast i wsi. W miastach działają już Ubezpieczalnie, samorząd, kolej, wieś natomiast leży do dnia dzisiejszego odłogiem. Min. Zdrowia musi przede wszystkim zrealizować lecznictwo mas chłopskich. Ustawa o służbie zdrowia może być również złożona z poszczególnych cegiełek jak np. opieka lekarska dla wsi, pomoc w nagłych wypadkach i położnictwie, reforma studiów lekarskich, szkolenie średniego personelu lekarskiego itp. Na czas dokształcania lekarza ustawa musi gwarantować utrzymanie lekarza. Do dziś nie ma jeszcze ustawy o przymusowym leczeniu chorób zakaźnych w szpitalu, a walka z epidemiami w państwie musi być już od zaraz prowadzona. Lekarze pracują dziś już w kilku instytucjach, jednak obowiązki swe muszą wykonywać i nie uprawiać tandety lekarskiej.

Min. Litwin sądzi, że zespolenie wszystkich agend w Min. Zdrowia łącznie ze sprawami populacyjnymi jest słusznym podobnie jak zachowanie administracji o charakterze sanitarno-policyjnym. Nie tylko pracownik najemny lecz i chłop musi mieć zapewnioną opiekę lekarską — ponieważ leczenie w Ubezpieczalniach Społecznych nie było związane organicznie z leczeniem szpitalnym musi być jako fragmentaryczne zreformowane. Podstawą dla Sł. Zdrowia mogą być tylko samorządy terytorialne, które już stworzyły własne szpitalnictwo. Zasadniczo samorząd musi pokrywać wydatki, a tam gdzie nie może, państwo winno mu pomóc. Ośrodki Zdrowia winny być ściśle złączone z leczeniem szpitalnym. Chałupnicza pomoc lekarska jest z natury rzeczy mniej wydajną od pomocy lekarskiej w dobrze zorganizowanych warsztatach pracy. Zasada równych szans dla wszystkich winna obowiązywać także lekarzy. Lekarz może wybrać sobie pracę w terenie, a po 3 do 4 latach, gdy państwo da mu możność specjalizacji może wrócić z powrotem, jednak już na wyższy poziom z możliwością awansu.

Prof. Walter podniósł, że praca lekarza jest zaszczytem i spełnieniem naszych pragnień, większym jeszcze zaszczytem jest sposobność brania udziału w wytyczeniu na przyszłość drogi dla Sł. Zdrowia. Słusznie pan Minister pragnie złączenia w Min. Zdrowia polityki populacyjnej, budując bowiem przyszłe pokolenia musimy w pierwszym rzędzie uwzględnić opiek nad dzieckiem. Opieka lekarska na wsi jest konieczną, wieś jednak nie chce mieć u siebie lekarza lichego, lecz wartościowego. Koniecznym więc jest planowe rozsiedlanie lekarzy i oddanie przez każdego z nas części jego czasu na pracę społeczną. Lekarze niewątpliwie dorośli do oczekujących ich zagadnień, jednak uniwersytety muszą stale dokształcać lekarzy, by mogli na wsi i w mieście pracować owocnie. Prof. Walter jest przeciwnikiem odłączenia wydziałów lekarskich od Min. Oświaty — powinna być wprowadzona tylko pewna łączność, wpływy i sugestie Min. Zdrowia na Min. Oświaty. Jest również za zachowaniem i poparciem pism lekarskich regionalnych, w końcu oświadcza, że jeżeli państwo bierze na siebie to wielkie zadanie zorganizowania publicznej służby zdrowia to musi również wziąść na siebie odpowiedzialność za koszta tego przedsięwzięcia.

Prof. Hirschfeld stwierdził, że uniwersytety do tej pory szkoliły tylko lekarzy szpitalnych i ambulatoryjnych; jeżeli chodzi o zadania sanitarne to powinien także powstać instytut dla higieny sanitarnej dla nuaczania higieny. Aby zapobiec wtórnemu analfabetyzmowi powinniśmy dostarczyć studentom książek na kartki bez prawa sprzedaży tej książki.

Prof. Szymanowski sądzi, że należy wprowadzić przymus objęcia wolnej posady, ponieważ nakazem chwili jest planowa gospodarka lekarzami. Przyspieszenie kształcenia lekarzy jest kwestią tylko pieniędzy. Ponieważ ubezpieczenie społeczne jest tylko formą oszczędności na cele leczenia, należy oddzielić ubezpieczenie chorobowe od lecznictwa społecznego. Należy też w większym niż dotąd stopniu wprowadzić w każdym Ośrodku Zdrowia propagandę higieny dla wzbudzenia zainteresowania zagadnieniem zdrowia u całej ludności.

Doc. dr Nowicki podnosi, że organizacja szpitalnictwa może wtedy być sprawną, jeżeli zniknie jej dotychczasowa wielotorowość, a wszelkie szpitale zostaną poddane kierownictwu Min. Zdrowia.

Dla organizowania publicznych szpitali będzie podstawą szpital powiatowy, który jednakże nie powinien być uzależniony gospodarczo ani administracyjnie od powiatu. Budżet swój zaspakajałby z funduszów ogólnopaństwowych, lub ubezpieczeniowych, a administracyjnie podlegałby Woj. Urzędowi Zdrowia. Następny stopień szpitalnictwa ma tworzyć szpital wojewódzki jako uzupełnienie powiatowego i jako szpital szkolny dla lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Celem utrzymania należytego poziomu wiedzy lekarskiej oraz właściwego wyboru ordynatorów zaleca doc. Nowicki, określone szkolenie lekarzy w klinikach i w większych szpitalach, a następnie egzaminy, celem uzyskania stopnia szpitalnego chirurga, internisty itd. Tylko na podstawie tego stopnia można by się starać o stanowisko ordynatora. Ten system daje oddawna doskonałe wyniki na zachodzie, a zwłaszcza we Francji.

Dr Borusiewicz sądzi, że uniwersytety szkolą medyków a szpitale specjalizują lekarzy, dlatego też jest konieczną ustawa o specjalizacji, która dotąd nie wyszła. Zarówno państwo jak i samorząd muszą wspólnie partycypować w kosztach Sł. Zdrowia.

Dyr. Grynberg stwierdza, że najważniejszym zadaniem Państwowej Sł. Zdrowia jest przygotowanie ramowego planu ustawy o publicznej służbie Zdr. Dotychczasowe ustawy nie uwzględniają przeżytej przez nas ostatnio rewolucji i wywłaszczenia kapitału na rzecz państwa, które musi wszędzie a więc i na odcinku zdrowia odtąd planowo gospodarzyć. Min. Zdrowia chce mieć wpływ na kształtowanie się kadr lekarskich, które chce planowo później zużyć. Nie dążymy do przeniesienia Ubezpieczalń Społecznych do Min. Zdrowia, dążymy tylko do pewnej kontroli form organizacyjnych wszystkich komórek zajmujących się zdrowiem. (Dążeniem naszym jest powszechność opieki lekarskiej, nie możemy jednak jej już dziś wprowadzić. Dr Grynberg spodziewa się, że komisja ekonomiczna w Min. Zdrowia przyjdzie z pomocą przy omawianiu kwestji finansowej Publicznej służby zdrowia.

Dr Ciećkiewicz nawiązał do oświadczenia prof. Waltera który obiecał, że uniwersytety wychowają lekarzy z przygotowaniem do pracy społecznej i stwierdził, że medycyna społeczna jest dotąd zagadnieniem, które nie weszło w program kształ-

cenia lekarzy na żadnym z wydziałów lekarskich. Jest ona zagadnieniem z którym żaden medyk nie może zapoznać się w czasie studiów, nic więc dziwnego, że młody lekarz nastawiony na pracę lekarską dla zdobycia podstaw egzystencji zwraca się przede wszystkim ku praktyce lekarskiej a nie ku pracy społeczno-lekarskiej. Już w 1938 roku miały powstać lektoraty medycyny społecznej a w roku 1939 szereg osób otrzymało stypendia na ten cel, sprawa ta jednak uległa zapomnieniu ze szkodą dla młodego pokolenia lekarzy, którzy nie myśląc o roli społecznej przeżywają w zetknięciu się z pracą lekarsko-społeczną nieznaną im i obcą pewien wstrząs. Zwraca się więc do Ministra Zdrowia z prośbą aby Min. Oświaty wprowadziło już w obecnym roku szkolnym do programu kształcenia medyków medycynę społeczną tj. ustawowe podstawy publicznej służby zdrowia, organizację zbiorowego lecznictwa w Ubezpieczalniach i w Ośrodkach Zdrowia oraz walkę z chorobami społecznymi. Terenowe Rady Zdrowia wyobraża sobie jako komisje zdrowia samorządu terytorialnego a nie jako instytucje specjalne. W końcu zastanawiając się nad tym, czy państwo jest zdolne do poniesienia kosztów powszechnej opieki lekarskiej stwierdza, że właściwie jest to dla nas obojętne czy koszta te ponosić będzie państwo, samorząd, czy ubezpieczenia, ponieważ ostatecznie zapłaci za to obywatel. Ponieważ najprostszym wyjściem jest uzyskanie potrzebnych kwot drogą powszechnego ubezpieczenia — sądzi, że tylko przyjęcie tej formy może zapewnić Powszechną służbę zdrowia z tym, że fundusze pozostawać będą pod zarządem Min. Zdrowia do którego wszyscy mamy w tej mierze zaufanie.

Dr Kacprzak proponuje wybór komisji, która będzie urzędować w Warszawie, oraz podkomisji:

I. dla spraw administracji sanitarnej — przewodniczącym wybrano dra Rutkiewicza, członkami Min. Chodźkę, dra Łąckiego, doc. Morzyckiego, prof. Przesmyskiego, dra Rostkowskiego, Nacz. Prökla i dra Siankę.

II. studiów lekarskich — przewodniczący dr prof. Różycki w Poznaniu — członkowie, prof. Czubalski, prof. Grzybowski, prof. Hirschfeld, prof. Grzegorzewski, dr Morzycki.

III. dla doszkalania—przew. prof. Semerau-Siemianowski członkowie, prof. Przesmycki, prof. Jakubowski, prof. Szymanowski.

IV. ubezpieczeń i powiązania lecznictwa zorganizowanego ze Sł. Zdrowia — przew. dr Ciećkiewicz, członkowie, prof. Walter, doc. Nowicki, dyr. Grynberg, doc. Kapuściński, Mgr Rdzanek.

V. organizacji zawodowych — przew. prof. Szenajch, członkowie, dr. Ujejski, dr Ciećkiewicz, dr. Borusiewicz, dr Stępniewski, dyr. Pilczuk i dr Traczyk.

VI. lecznictwo szpitalne, ośrodki zdrowia, rozsiedlanie lekarzy — przew. prof. Czarnocki, dr Gangel, dr Lenk, doc. Nowicki i dr Butkiewicz.

VII. Podkomisja dla spraw farmaceutycznych — Mgr Biele, człł., dr Szyszko, dr Dankowski, dr Troszczyński.

VIII. dla spraw stomatologii — przew. dr Ujejski, dr Orłowski, dr Leńczak, dr Bermanowa, dr Borusiewicz i dr Saradin.

IX. dla spraw pielęgniarstwa i personelu pomocniczego — przew. dr Łącki, członkowie, p. Lankajtes, Romanowska, dr Kroszczyński.

Każdy z członków Rady może wziąść udział w tej komisji która go interesuje w porozumieniu z przewodniczącym i drem Kacprzakiem. Komisję główną utworzą przewodniczący wszystkich komisji. Prezes dr Kacprzak pragnie wiedzieć co się dzieje w podkomisji, prosi o komunikowanie się z nim i prosi o protokuły z posiedzeń.

Podkomisje muszą w ciągu miesiąca ukończyć swe prace, dalszy miesiąc jest zarezerwowany dla komisji głównej. W wolnych wnioskach poruszył prof. Różycki sprawę dyplomu lekarzy, którzy otrzymali prawo praktyki lekarskiej za okupanta. Ponadto należy znormalizować wytyczne dla uzyskania tytułu lekarza i doktora. Dr Łuniewicz poruszył sprawę łóżek psychiatrycznych i zagadnienie higieny psychicznej. W końcowym przemówieniu stwierdził min. Litwin z przyjemnością, że zarówno referaty jak i dyskusja stały na wysokim poziomie i, że ci którzy mają zorganizować Sł. Zdrowia w Polsce posiadają nie tylko dokładną znajomość tematu ale i należyte zrozumienie dla znaczenia Organizacji Służby Zdrowia w Polsce.

Dr M. Ciećkiewicz

Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA MIŁOŚNIKÓW HISTORII MEDYCYNY

Dnia 16 grudnia 1945 odbyło się 28-e posiedzenie naukowe Towarzystwa na którym prof. dr Władysław Szumowski wygłosił odczyt pt. „O eunuchach i kastracji w różnych krajach i czasach."

Eunuchami, czyli rzezańcami, nazywamy mężczyzn, pozbawionych zewnętrznych narządów płciowych bez względu na to, czy brak ów dotyczy tak jąder, jak i prącia, czy też tylko jąder. Już Rzymianie w ten sposób odróżniali eunuchów zupełnych i eunuchów niezupełnych, czyli *spadones*, którzy nieraz byli czynnikami rozpusty, zachowując *facultatem coëundi*, choć zapłodnić nie mogli.

Początki kastracji toną w zamierzchłej przeszłości i nie wiadomo, co było wcześniejsze, trzebienie zwierząt, czy trzebienie mężczyzn. Herodot opowiada, że eunuchism był wynalazkiem asyryjskim. Inni historycy wymieniają na wpół legendarną królowę Semiramidę, która po śmierci męża miała pierwsza otoczyć się eunuchami.

Obcinanie członków męskich w starożytności niekiedy odbywało się po wygranej bitwie: obcinano zwyciężonym żołnierzom prawe ręce i *genitalia*. Prącie występowało tutaj niejako jakby symbol siły i odwagi, podobnie jak prawa ręka. Mężczyzna, pozbawiony części płciowych, stawał się niewolnikiem, oczywiście, o ile rana szczęśliwie się zagoiła. Przed wojną włosko-abisyńską podobno to samo robili Abisyńczycy z Włochami, wziętymi do niewoli.

Obcinanie członka męskiego było niekiedy praktykowane w religiach wschodnich wśród kapłanów, obsługujących pewne bóstwa. Prącie występuje tutaj jako czynnik pokusy i grzechu, którego chce się pozbyć sługa bogów, stróż przykazań. Bóstwem takim była zwłaszcza Cybela, której kapłani byli eunuchami.

Ideologia autokastracji szła ze wschodu na zachód. Eunuchem był cesarz Heliogabal, ojciec kościoła Orygenes, nakazywała kastrację sekta walezjanów, potępiona przez sobór nicejski. Ale nawet niektórzy patriarchowie bywali eunuchami; eunuchem był św. Gorgoniusz.

W przeciwieństwie do kościoła rzymskiego w kościele wschodnim było dużo rzezańców. Ze średniowiecznej ideologii biczowników w Rosji wyłoniła się sekta skopców, której przewodził chłop prawosławny Seliwanow. Należeli do niej przeważnie chłopi, zarówno mężczyzni, jak i kobiety. Z Rosji rozprzestrzeniła się ona na Rumunię, gdzie z jej członkami w czasie pierwszej wojny światowej zetknął się lekarz niemiecki Walter Koch. Mężczyzni tej sekty, nierzadko w młodości żonaci i dzietni, pozbawieni później jąder i prącia, czyli oznaczeni „pieczęcią wielką albo cesarską", lub tylko jąder a więc „pieczęcią małą", oraz kobiety o okaleczonych piersiach i częściach płciowych na ogół chlubili się przed Kochem swoim stanem i swoją moralnością.

W Europie kastracja nigdzie nie była miejscowym zwyczajem. Prawo Justyniana groziło za nią surowymi karami; kościół ją potępił; prawo mojżeszowe, później koran czyniły to samo. A jednak

w świece muzułmańskim eunuchów wszędzie było dużo. W czasie wojen krzyżowych w Jerozolimie narachowano ich 20.000.

Eunuchów, za których płacono wysokie ceny, fabrykowano na drodze występnej; najwięcej w górnym Egipcie i w koptyjskich klasztorach. Śmiertelność była duża. Eunuch zupełny musiał nieraz chodzić całe życie ze specjalną zatyczką w cewce moczowej wskutek nietrzymania moczu.

Zapotrzebowanie na rzezańców na wschodzie było zawsze duże. Od najdawniejszych czasów otaczali się eunuchami władcy i dwory wschodnie. W Turcji jeszcze w XX wieku było zwyczajem każdego lepszego domu mieć na służbie przynajmniej jednego rzezańca.

Kastrację wykonywali nieraz także sami lekarze i chirurdzy, ponieważ średniowieczna medycyna aż do XVIII wieku usiłowała usuwaniem jąder leczyć różne choroby, jak trąd, podagrę, epilepsję, choroby umysłowe. Mężczyzna stawał się eunuchem także nieraz po operacji przepukliny, której nie umiano dawniej wykonać bez usuwania jąder.

Na zachodzie szczególnego znaczenia nabrał eunuchism w wiekach XVI—XIX w Rzymie w związku z organizacją wokalno-artystyczną chóru w kaplicy sykstyńskiej, w której długi czas na 32 śpiewaków było 8 rzezańców. Zachowując swój glos chłopięcy, śpiewali oni partie sopranowe lub altowe, głosem niezwykle pięknym, czystym, donośnym. Jeszcze większego znaczenia nabrali rzezańcy w tym samym czasie w operze. We Włoszech istniały całe szkoły, w których kastrowano, a później uczono śpiewu. To się skończyło dopiero za papieża Leona XIII, który zabronił przyjmowania rzezańców do chóru papieskiego.

Następstwa kastracji odbijają się zarówno na sferze fizycznej, jak i psychicznej. Mała głowa na drobnym tułowiu o silnie wydłużonych kończynach, zwiększony egoizm, ambicja, przy nienaruszonej inteligencji są charakterystycznymi cechami eunucha.

Rzecz cała w obszerniejszym opracowaniu z ilustracjami ukaże się niebawem w wydaniu książkowym.

Dr med. Z. Kukulski
sekretarz

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

KOMUNIKAT

Izba Skarbowa w Rzeszowie reskryptem z dnia 21 grudnia 1945 r. Nr W. II. (5)—225)45 podaje do wiadomości, że Ministerstwo Skarbu na podstawie art. 123 ... 2 Ordynacji Podatkowej (Dz. U. R. P. Nr 14. poz. 134. z 1936 r.) umorzyła należności pochodzące z wymiarów 100% dodatku wojennego do podatku obrotowego za lata podatkowe 1943 i 1944 oraz 50% dodatku wojennego do podatku dochodowego za lata podatkowe 1944 i 1945, (kalendarzowe 1943 i 1944) w stosunku do wszystkich podatników z terenu powiatu jasielskiego.

Sekretarz
(Dr M. Ciećkiewicz)

POSZUKIWANIA ZAGINIONYCH

Na ręce Zarządu Izby Lekarskiej wpłynęła depesza następującej treści:

„Rio de Janeiro 11 19 1534
Dr Zofia Wepper, lekarka Kraków Poland.
Desespere attends tes nouvelles — Drawer".

Ponieważ adresatka dr Wepper nie jest u nas rejestrowana, prosimy lekarzy znających jej miejsce pobytu o zakomunikowanie jej treści powyższego telegramu.

Zarząd

Sekretarz (Dr M. Ciećkiewicz)

Prezes (Dr J. Gołąb)

ZE ZWIĄZKU LEKARZY P. P.

SPRAWOZDANIE SEKCJI SAMOPOMOCY LEKARSKIEJ Z DN. 8/1 1946 r.

1. Zbiórka, przeprowadzona w miesiącu listopadzie dała zł 26,720.—, w grudniu — zł 24,800.—. Łącznie z kwotą, uzyskaną z datków jednorazowych w październiku stanowi to zł 93.310.—.

Z darów płynęło: od dra J. Szubargi — zł 100.—, dra R. Białasa — zł 500.—.

2. W tej chwili jest w ewidencji Sekcji 157 podopiecznych, w tym lekarzy 37, 98 żon i wdów po lekarzach, dzieci poniżej lat 16 — 22.

3. Sekcja wydała po dziś dzień zł 68.019. Kwota ta została zużyta na zasiłki jednorazowe, z których najwyższą, tj. po zł 1000.— otrzymali lekarze repatrjanci lub ciężko chorzy, na stałe zasiłki miesięczne (najwyższy zł 700.—) i na gwiazdkę dla dzieci — zł 4.600, licząc po zł 200.— na dziecko.

4. Dzięki życzliwemu stanowisku pana wiceministra Opieki Społecznej ob. F. Mantla, Sekcja uzyskała dla podopiecznych w Wydziale Wojew. Opieki Społecznej (ob. Leszczyński i Medwecki) odzież, obliczoną na mniej więcej 180 osób. Pewna część tej odzieży, niestety, nie nadawała się do użytku, znaczna część jednak po doprowadzeniu do porządku, przydała się do wypełnienia olbrzymich luk w garderobie podopiecznych.

Dzięki pełnemu zrozumienia stanowisku pana wiceministra Mantla otrzymała Sekcja 60 koców i jest w trakcie przydzielania ich. W pierwszym rzędzie zaopatruje się w koce tych podopiecznych, którzy znajdują się w schroniskach, w drugim — wysiedlonych, w trzecim matki, obarczone dziećmi. Mamy nadzieję iż Pan Wiceminister spowoduje zaopatrzenie podopiecznych także w bieliznę i obuwie.

5. Dostarczanie leków funkcjonuje nienagannie, za co jeszcze raz dziękujemy Czerwonemu Krzyżowi.

6. Coraz częściej Sekcja zdobywa dla swych podopiecznych pracę.

7. Naczelna Izba Lekarska przysłała zł 10.000 na zapomogi dla lekarzy, względnie żon, względnie wdów po lekarzach — członkach Izby Lekarskiej Lwowskiej i Wileńskiej. Sekcja jednakowoż musiała obrócić na ten cel do tej pory zł 13.850. Skutkiem tego podjęto starania o dalsze fundusze z Naczelnej Izby Lekarskiej.

WOLNE PLACÓWKI

Po porozumieniu z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia we Wrocławiu Zarząd Obwodu Związku Lekarzy P. P. w Lignicy zgłasza wolną placówkę dla lekarza-laryngologa w Lignicy.

Po osiedleniu się w Lignicy ma on zapewniony etat lekarza-specjalisty w tutejszej Ubezpieczalni Społecznej, stanowisko lekarza konsultanta w zakresie laryngologii na oddziałach szpitali w Lignicy, oraz według wszelkiego prawdopodobieństwa dobrą i liczną praktykę prywatną ze względu na brak lekarza-laryngologa na dużej przestrzeni.

Sprawa jest bardzo pilna, gdyż dotkliwie daje się we znaki brak specjalisty w tej dziedzinie na terenie Lignicy.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Miejski Urząd Zdrowia w Nysie Z. VII 2/173 L. dz. 2376/45 do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. 611/45 Społ. uprzejmie donosimy. Miasto Nysa jest bardzo zniszczone, prawie w 80 do 85%. Samo miasto właściwe więc rynek i dzielnice główne są wypalone. Przedmieścia i dzielnice willowe utrzymane. Szpital miejski utrzymany, jednak instrumentarium chirurgiczne, ginekologiczno-położnicze, wszystkie aparaty do fizykoterapii, mikroskopy wywiezione przez Niemców.

Pościel, bielizna częściowo uzupełnione. Szpital o ile chodzi o oddział wewnętrzny, położniczy, salę chirurgii i oddział zakaźny jest czynny. Dotąd nie było apteki, wszystkie bowiem apteki z czasów niemieckich uległy w czasie działań wojennych spaleniu. Obecnie organizujemy aptekę. Będzie ona czynna prawdopodobnie od połowy listopada.

Obecnie zupełny brak leków. Dysponuje resztką zapasów lekarstw najbardziej potrzebnych. Zapasy te wystarczą na czas około 2 tygodni. Leki zamówione spodziewane za dwa tygodnie.

Wobec dużego zniszczenia miasta o mieszkania trudno, biorąc pod uwagę iż wszystkie centralne urzędy dla powiatu nyskiego usadowiły się w Nysie i zajęły wszystkie budynki nadające się na zamieszkanie i biura. Ludności jest obecnie w mieście Nysie około 10.000 w tym niemców około 7.000. Warunki wyżywienia trudne.

Lekarzy obecnie jest 2 polaków i 2 niemców. Potrzebujemy koniecznie 1 chirurga na stanowisko ordynatora szpitala miejskiego w Nysie, 1 ginekologa i położnika na stanowisko ordynatora tego szpitala, ponadto potrzebujemy 1 okulisty i rentgenologa.

Nie możemy obiecywać mieszkania luksusowego ale dla lekarzy j. w. mieszkanie musi się znaleźć. Wyposażenia gabinetów lekarskich niestety nie ma, jeżeli chodzi o komplety. Pojedyncze części urządzenia możnaby jeszcze zestawić. Aparat roentgenowski w szpitalu dla celów diagnostycznych i terapeutycznych nowożytny, pierwszorzędny. Brak w rozdzielnicy ampero- i woltomierza, co można będzie uzupełnić. Ponadto mamy do dyspozycji roentgena dla ośrodka zdrowia. Aparat ten przy pomocy roentgenologa można będzie zmontować.

Tak chirurg jak ginekolog i roentgenolog znajdą tutaj utrzymanie i pracy będą mieć dość mając oparcie o szpital i kasę chorych, nie mówiąc o praktyce prywatnej.

Sprawa wyżywienia jeśli chodzi o lekarzy nie będzie moim zdaniem napotykać na specjalne trudności, lekarz bowiem znajdzie kontakt ze wsią, Same przydziały żywnościowe są skąpe i opóźnione. Stołówka jest miejska i starościńska. Sklepy żywnościowe są i obecnie wszelkie produkty żywnościowe można kupić.

Proszę, o ile są lekarze reflektujący na stanowiska wyżej wymienione, o podanie na mój adres ich nazwisk, kwalifikacji, miejsca zamieszkania, a ja będę mógł odwrotnie odpowiedzieć i udzielić dalszych wyczerpujących wyjaśnień. Ponieważ zapotrzebowanie na lekarzy j. w. zgłoszono do Izby Lekarskiej Katowickiej i stanowisko odp. może być w międzyczasie obsadzone przez Izbę lekarską Katowicką, uważam przyjazd kandydatów do Nysy za niekonieczny. Bardziej wskazane porozumienie się listowne wzgl. telefoniczne.

Co do lekarzy dentystów, to w mieście Nysie mamy obecnie lek. dentystkę i technika dentystycznego. Dla tych dwojga wyposażenie w gabinet i urządzenie jest. Dla dalszych lekarzy dentystów wzgl. techników dentystycznych ani mieszkaniami ani urządzeniami gabinetu nie dysponujemy. O ileby lekarz dentysta chciał się osiedlić mając własne urządzenie, byłby on oczywiście mile widziany i zajęcie znajdzie na pewno.

Apteka jedna jak wyżej wspomniałem jest w stadium organizacji. Druga apteka obecnie nie ma racji bytu i rozwoju. Aptekę organizują dwie farmaceutki (mgr farm.) wyznaczone przez Urząd Zdrowia inspektora farm. Województwa śląsko-dąbrowskiego. W szpitalu miejskim mamy obecnie personel pielęgniarski zakonny, ten który był za czasów niemieckich. Spośród tegoż personelu około 10 sióstr uzyskało obywatelstwo polskie. Te więc siostry w każdym razie zostają. Uzupełnienie naszym zdaniem może nastąpić tylko drogą dobrania sióstr z tegoż zakonu, ale polskich. Do szpitala potrzebny sanitariusz z X gr. uposażenia; wikt i mieszkanie. Do Ośrodka Zdrowia potrzeba kilku (3—4) kwalifikowanych pielęgniarek z ukończoną szkołą uniwersytecką pielęgniarek. Wynagrodzenie według IX—X gr. uposaż. pracowników samorządowych i państwowych.

Akuszerka polska jest jedna. Do miasta potrzeba jeszcze 1—2 akuszerek do wykonywania wolnej prywatnej praktyki.

Do miejskiego Urzędu Zdrowia potrzeba 1 kontrolera sanitarnego. Warunki do omówienia.

Mieszkań urządzonych dla pracowników służby zdrowia nie posiadamy. Aprowizacja na warunkach jak w całej Polsce; przydziały zależne od rodzaju pracy.

Kierownik Miejskiego Urzędu Zdrowia
Dr Edward Mróz

Pełnomocnik Rządu R. P. na Okręg XXXV Zgorzelice
Powiatowy Wydział Zdrowia Nr Zdr. 6/103

Zgorzelice, dn. 15 X 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. 611/45 Społ. z dn. 5 IX 45 podaje co następuje:

W tutejszym powiecie są potrzebni lekarze zarówno zajmujący się wolną praktyką jak i pracujący w szpitalu. Do szpitala potrzebny jest chirurg-ginekolog (VI gr. płatnicza i przydziały żywnościowe). W Peczku oraz w Bogatyniu brak w ogóle lekarzy Polaków, jest tylko po jednym lekarzu Niemcu. W szczególności brak w powiecie lekarza okulisty. W mieście i powiecie potrzeba jeszcze 4 lekarzy-dentystów oraz 3 techników dentystycznych. Dla 2 lekarzy-dentystów są meble dentystyczne. Aparatu rentgenowskiego brak w powiecie. Do objęcia jest tylko 1 apteka w szpitalu. Prócz tego winna być uruchomiona apteka w Peczku. Do szpitala potrzeba pielęgniarek oraz w ogóle personelu szpitalnego. W szczególności potrzeba 12 pielęgniarek, 2 sanitariuszy, intendenta, magazyniera. Do powiatu potrzebne są 4 akuszerki, 4 dezynfektorów, 4 kontrolerów sanitarnych. Wszyscy osiedlający się w mieście lub w powiecie otrzymują przydziałowe mieszkania (według własnego wyboru) umeble-

wane. Mebli i narzędzi lekarskich brak. Warunki pracy w instytucjach wg norm przewidzianych przez Ministerstwo Zdrowia. Warunki aprowizacyjne dostateczne.

(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. Obwód XVIII w Wołowie Nr 15/45 Og. Sprawa zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie

Wołów, dnia 15 października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy Kraków

Na pismo L. 611/45 Społ. z dnia 5 IX 45 zawiadamiam, że w tut. powiecie potrzeba:

1) 2-ch lekarzy wolno praktykujących — jeden lekarz medycyny (? Red.) i jeden lekarz chirurg i to w miejscowościach Wołów i Seinawa.

Lokale ordynacyjne zapewnione, lecz bez odpowiedniego urządzenia i instrumentów.

2) 2-ch lekarzy dentystów wzgl. techników dentystycznych w m. Wołów i Seinawa.

Lokale na gabinet dent. zapewnione, bez urządzenia, instrumentów i aparatów.

3) Apteki niema. Lokale na urządzenia apteki są w m. Wołowie i Seinawa, lecz bez urządzenia i towaru.

4) 3 pielęgniarki dla szpitala Powiatowego w Wołowie i

5) 2 akuszerki na Wołów i Seinawę.

Mieszkania i urządzenia domowe zapewnione. Warunki aprowizacyjne — stołówki. Oprócz tego przydział art. żywnościowych reglamentacyjnych.

Pełnomocnik Rządu R. P.
Obwód XVIII w Wołowie
(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. na Obw. Nr 36 w Bolesławcu Kierownik Pracy i Op. Społ. do L. dz. 46/45 op. Zorganizowanie przesiedlenia służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie

Bolesławiec, dnia 5 XI 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Stosownie do tamt. pisma z dnia 5 września 1945 r. L. dz. 611/45 Społ. komunikuje co następuje:

1) W mieście Bolesławcu jest 3-ch lekarzy obcokrajowców (1 holenderczyk, 1 belgijczyk i 1 niemka), ludzi jeszcze młodych i bez wymaganej praktyki lekarskiej. Wskazanym byłoby nadesłać dwóch lekarzy wolno praktykujących, z których jeden osiedliłby się w Bolesławcu drugi zaś w Nowimburgu.

Pożądani specjaliści: chorób wewnętrznych i chirurgii.

2) Lokale po b. lekarzach niemieckich są kompletnie splądrowane a więc lokale są, lecz urządzeń ani instrumentów nie ma.

3) Wszelkie aparaty rentgena i inne, o ile nie zostały wywiezione, kompletnie zniszczone.

4) Zarząd miasta zamierza uruchomić szpital miejski i do prac przygotowawczych już przystąpił. Na pierwsze początki będą potrzebni dwaj lekarze. Wolne mieszkania, stołówka i przydziały żywnościowe zapewnione.

5) Pożądane byłoby przysłanie lekarza dentysty, który może objąć częściowo urządzony gabinet niemiecki.

7) Apteka znajduje się w Bolesławcu w rękach niemieckich. Jest ona urządzona i zaopatrzona w niektóre środki lekarskie (specyfiki).

Poza tym na powiecie jest kilka zniszczonych aptek, z których możnaby zebrać różne specyfiki. Apteka czynna mogłaby być przejęta przez aptekarza polskiego.

8) Do uruchomić mającego się szpitala w Bolesławcu, byłoby również pożądane nadesłanie personelu szpitalnego.

9) Akuszerki dla miasta potrzebne są dwie, a dla powiatu pięć.

10) W związku z wypadkami duru brzusznego potrzebni są również kontroler sanitarny i desynfektor.

Wszystkie osoby które przesiedlają się na tut. powiat mają zapewnione mieszkania i przydziały żywnościowe.

Czynna jest również stołówka, która wydaje śniadania, obiady i kolacje po cenie własnego kosztu.

Ciastoń Franciszek — Pełnomocnik Rządu R. P.
Kierownik Pracy i Op. Społ. — na Obwód Nr 36 w Bolesławcu

PÓŁWIEKOWA ROCZNICA ŚMIERCI LUDWIKA TEICHMANNA

Prof. dr Witold Ziembicki, wykładający obecnie z ramienia Zakładu Historii medycyny U. J. (Dyr. prof. dr Władysław Szumowski) niektóre działy tego przedmiotu, poświęcił dn. 26 listopada 1945 osobny wykład pamięci zmarłego przed 50 laty (25 listopada 1895) profesora anatomii opisowej, Ludwika Teichmanna, jako uczonego, pedagoga i twórcy budynku przy ul. Kopernika 12 („Theatrum anatomicum"). Wspomnienie to uzupełnił drugim, o następcy Teichmanna, Kazimierzu Kostaneckim, w którym młodzież straciła swego największego Przyjaciela i Opiekuna.

* * *

Dnia 2 XII 1945 odbyło się poświęcenie pokoi noclegowych przy ul. Kopernika 32. Pokoje są przeznaczone dla osób pozamiejscowych przybywających do Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Często się zdarzało, że ten czy ów chory z daleka przyjechał, by szukać pomocy w Szpitalu św. Łazarza, tymczasem nie znalazł w nim miejsca dla siebie z powodu przepełnienia. Taki chory tułał się po Krakowie szukając na przeciąg kilku dni dachu nad głową, nim się nie opróżni dla niego łóżko w Szpitalu. Otóż, aby ulżyć doli właśnie tym chorym, sekcja szpitalna „Caritas" urządziła pokoje noclegowe tuż naprzeciw głównego wejścia do Szpitala. Na cześć pomysłodawczyni pokoje noclegowe noszą nazwę „Anny Starzewskiej". Urządzone pokoje noclegowe staraniem „Caritas" są wielkim dobrodziejstwem dla chorych, a lekarzom pełniącym obowiązki w Izbie Przyjęć ułatwiają dotychczasowe trudne i przykre stanowisko.

UZDROWISKA ŚLĄSKIE

Komisja dla ustalenia śląskich nazw miejscowych Polskiej Akademii Umiejętności i Instytutu Śląskiego ustaliła następujące nazwy uzdrowisk śląskich: Flinsberg: Świeradów-Zdrój; Charlottenbrunn: Jedlina-Zdrój; Salzbrunn; Solniki-Zdrój; Schwarzbach: Czerniawa-Zdrój; Hermsdorf: Jerzmanów-Zdrój; Görbersdorf: Sokołów Śląski; Ziegenhals: Kozielsk; Langenau: Długopole-Zdrój; Kudowa: Chudobice-Zdrój; Altheide: Puszczyków; Reinerz: Duszniki; Warmbrunn: Cieplice Śląskie; Landeck: Lądek; Dirsdorf: Przerzeczyn-Zdrój; Wölfelsgrund: Wilczysko i Reichenstein (niewyzyskiwane jeszcze zdroje arsenowe): Srebrniki.

* * *

Świeżo ukończony w Krakowie kurs medycyny uzdrowiskowej liczył 107 uczestników.

* * *

Polski Czerwony Krzyż Okręg Krakowski zorganizował Sanatorium w Szczawnicy w willi „Pod Modrzewiami" tel. nr 9. Otwarcie 15 grudnia. Przyjmuje podopiecznych P. C. K. jak również prywatnych pacjentów a także osoby, na wypoczynek. Wskazania lekarskie jak dla Szczawnicy, z wyłączeniem gruźlicy prątkującej. Dyrektor i ordynator dr Artur Karol Werner.

* * *

GWIAZDKA DLA CHORYCH W PAŃSTWOWYM SZPITALU ŚW. ŁAZARZA WKRAKOWIE

Z inicjatywy Dyrekcji Państwowego Szpitala św. Łazarza a za materialnym poparciem Polskiego Czerwonego Krzyża urządzona została w dniu 24 grudnia b. r. na terenie tegoż szpitala gwiazdka dla chorych. Uroczystość powyższa odbyła się w sali wykładowej Oddziału Wewnetrznego I A w której zebrali się z poszczególnych Oddziałów szpitalnych przedstawiciele chorych, pielęgniarek i lekarzy. W miłych słowych powitał przybyłych gości w osobach Pełnomocnika Zarządu Głównego P. C. K. Prezesa Zygmunta Klemensiewicza, Dyrektora Uhmy i Przedstawiciela Prasy, Dyrektor Państw. Szpit. św. Łazarza dr J. Bellert, wyrażając Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi wdzięczność i podziękowanie za przyjście z pomocą oraz umilenie chorym tak drogich polskiemu sercu Świąt Bożego Narodzenia. Po krótkich słowach odpowiedzi Prezesa Klemensiewicza, słowa podziękowania wyrazili przedstawiciele chorych między nimi 4-letnia pacjentka z Oddziału Dziecięcego. Ta ostatnia swoim „przemówieniem" i produkcjami tanecznymi niemało przyczyniła się do podniesienia i tak już miłego nastroju. Z kolei przystąpiono do rozdawania skromnych podarków. Cała uroczystość jako pierwsza po latach niewoli pozostawiła na uczestnikach bardzo miłe wrażenie.

* * *

Szkolenie inwalidów wojennych. Państwowy Zakład Szkolny dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu (ul. Piotra Wawrzyniaka 45) prowadzi przeszkolenie inwalidów wojennych w rzemiosłach, zapewniając przyjętym całodzienne utrzymanie mieszkanie w internacie i opiekę lekarską. Nauka rzemiosła trwa 2 lata.

* * *

Instytut Dziecka. Z inicjatywy Mtwa Zdrowia powołano specjalną komisję, która zajmie się organizacją Instytutu Dziecka z siedzibą w Warszawie. Instytutu ma objąć całokształt zagadnień dotyczących dzieci chorych i zdrowych, ma prowadzić badania naukowe nad rozwojem psychicznym i fizycznym dziecka, opracowywać metody leczenia i zapobiegania. Ma ponadto ułatwiać lekarzom specjalizację w pediatrii i szkolić pielęgniarki, a także prowadzić szereg wzorowych komórek, jak szpitale dla dzieci, poradnie, prewentoria, żłóbki, przedszkola itp. Przewidzinae jest zorganizowanie szpitala na 400 łóżek dla niemowląt i dzieci starszych, z działami: niemowlęcym, gruźliczym, zabiegowym, chirurgicznym, laryngologicznym, neuropsychiatrycznym i doraźnej pomocy. Ponadto przewidziane są poradnie w zakresie wszystkich działów lecznictwa stacje zabiegowe, szczepienia, stacje zbiorcze dla pokarmu kobiecego, poradnie dla kobiet ciężarnych i karmiących, poradnie w dziedzinie psychotechniki i dziedziczności.

Instytut Dziecka współpracować ma stale z Mtwem Zdrowia i placówkami uniwersyteckimi. Całość ma być ukończona w ciągu 3 lat.

* * *

Pomoc Szwecji. Wg wywiadu prasowego udzielonego przez radcę poselstwa szwedzkiego p. Brynolfa Enga, Szwedzki Państwowy Komitet Pomocy Międzynarodowej (prezes, przew. sądu najw. Ekeberg) przygotował pomoc dla Polski jeszcze przed zakończeniem działań wojennych. Po usunięciu Niemców z Polski, Komitet rozpoczął dostawy urządzeń szpitalnych, leków, narzędzi lekarskich, pomocy naukowych i budowe nowych zakładów. W okolicy Gdańska uruchomiony został duży szpital na 400 łóżek z wyposażeniem. Instytuty dla anatomii, histologii, biologii, biochemii, biologii zaopatrzone zostały w potrzebne instrumenty i środki pomocnicze. W związku z uruchomieniem szpitala w Gdańsku możliwe stało się utworzenie studium lekarskiego. Szwedzcy naukowcy ofiarowali swą pomoc. Komitet zgłosił gotowość drukowania w Szwecji podręczników naukowych, które przeznaczone będą jako dar dla studentów. Koszt tej pomocy obliczony jest na ok. 600,000 kr. W Warszawie ma być urządzona klinika dla chorych na gruźlicę. Dostarczone zostanie wyposażenie na 2000 łóżek, dla szpitala Dzieciątka Jezus. Bydgoszcz i Katowice otrzymały po jednym urządzeniu szpitalnym. Dalsze transporty z wyposażeniem szpitali mają nadejść. Na budowę sanatorium dla dzieci w Otwocku Komitet przeznaczył 3,321.000 kr. Budynek zostanie wyremontowany, a w nowobudowanym domu urządzony zostanie szpital na 300 łóżek. W domkach fińskich mieścić się będzie klinika dziecięca na 70 łóżek, oddział dla zagrożonych gruźlicą na 100 miejsc, kwarantanna na 24 miejsc oraz szkoła dla pielęgniarek i dom dla personelu. Sanatorium stać będzie pod kierownictwem szwedzkiego lekarza. Leki i pokarmy dietetyczne dostarczane będą ze Szwecji, a między nimi sanatorium otrzyma 200 ton mleka w proszku, konserwy i większą partię leków.

Komitet zaopatruje w kompletne urządzenia kliniki różnych specjalności (chirurgii, laryngologii, ginekologii, chirurgii okulistycznej, urologii, chirurgii ortopedycznej, stomatologii. Sprowadzono większą ilość aparatów rentgenowskich na sumę ok. 3 mil. kr. Wartość dotychczasowej pomocy wyraża się sumą kilkunastu milionów koron szw.

* * *

Pomoc Szwajcarii dla polskiej Służby Zdrowia. Minister Zdrowia, dr Fr. Litwin, oraz podsekretarz stanu, dr J. Morzycki w obecności naczelnika wydziału propagandy dra St. Jagielskiego przyjęli w dniu 31 12 45 r. ministra pełnomocnego Szwajcarii p. Anton Roy Gauz'a w towarzystwie p. Semadeniego oraz delegata szwajcarskiej organizacji charytatywnej Don Suisse p. Corbusier'a.

Rozmowy toczyły się na temat zamierzonej akcji pomocy Szwajcarii dla polskiej Służby Zdrowia. Obecność stałego delegata Szwajcarii wprowadza obecnie tę akcję na realne tory. Goście zapoznali się z potrzebami zdrowotnymi Polski i obiecali jak najdalej idące poparcie i pomoc dla polskiego sanitariatu.

* * *

Szwajcarskie organizacje pomocy dla Polski. W Szwajcarji działają następujące organizacje pomocy dla Polski:

„Aide Suisse à la Pologne" z siedzibą w Bernie (dyrektor Schmid-Respinger).

„Comité Suisse d'Aide Médicale à la Pologne" z siedzibą w Genewie, 4 rue Gourgas (prezes prof. dr Teodor Reh).

„Conseil Suisse Polonais des Sciences Médicales" z siedzibą w Genewie 7 rue d'Arves, na czele z prof. drem Mieczysławem Minkowskim i drem Edwardem Dorianem Rajchmanem jako sekretarzem generalnym.

Z misją szwajcarską, która ostatnio przybyła do Polski nadeszło około 30 ton leków, instrumentów lekarskich, sprzętu i narzędzi oraz odzieży. Na czele misji stał dr Piotr Jomini, a w jej skład wchodzili: Ernst Contaluppi, André Troesch, Giorgio Devecchi, dr Edward Rajchman, dr Jurkiewicz (jako stały delegat P. C. K. przy Lidze Międzynar. Czerwonych Krzyży w Genewie) oraz dr Marian Janiak.

* * *

Przychodnia dla leczenia raka skóry. Przy Klinice dermatologicznej Uniwerstytetu warszawskiego, Koszykowa 82 a uruchomiona zostaje z nowym rokiem przychodnia dla leczenia raka skóry pod kierownictwem prof. Grzybowskiego. Przyjęcia chorych odbywać się będą codziennie w godz. 9—11 (Wg. K. C.).

* * *

Falsyfikaty penicyliny. W prasie krakowskiej (Dz. Pol. z 29 XII 45) pojawiło się nast. ostrzeżenie:

Równocześnie niemal z transportami penicyliny jakie niedawno nadeszły do PCK i zostały rozdzielone do szpitali i poszczególnym lekarzom — pojawiły się falsyfikaty. Do flaszeczek, opróżnionych z prawdziwego lekarstwa, fałszerze wsypują falsyfikat i ten kursuje, później w tzw. „czarnym handlu". Aby zapobiec falszerstwom tego rodzaju, lekarze i szpitale winni opróżnione z penicyliny flaszeczki zwracać do PCK, względnie, gdyby to było szczególnie uciążliwe, flaszeczki te niszczyć.

AKADEMIA STOMATOLOGICZNA W WARSZAWIE

Akcja Ministerstwa Zdrowia o uruchomienie Akademii Stomatologicznej w stolicy jest obecnie w toku. Wedle porozumienia i uzgodnień z Ministerstwem Oświaty i Radą Profesorów Akademii Stomatologicznej, najprawdopodobniej studenci 4-go roku, którzy pracowali czynnie w czasie okupacji

w zawodzie lekarsko-dentystycznym, będą mogli składać egzaminy dyplomowe po krótkim okresie dokształcania, zaś młodsze roczniki będą dalej kontynuować studia.

* * *

Państw. Liceum Techniki Dentystycznej. Otwiera się w Warszawie dla kształcenia techników dentystycznych. Statut i program nauczania Liceum uzgodnione zostały pomiędzy prezesem Nacz. Izby Lekarsko-Dentystycznej, przedstawicielem Głównego Zarządu Związku Zaw. Techników Dentystycznych i przedstawicielem Departamentu Służby Zdrowia Mtwa Obrony Narodowej.

Mtwo Zdrowia ujmie specjalnymi zarządzeniami sprawę uprawnień już praktykujących techników dentystycznych, a to m. i. na drodze składania egzaminów.

* * *

Drogiści zrzeszeni w Związku Zaw. Drogistów R. P. domagają się osobnej ustawy drogistowskiej wyłączającej ich z zawodu aptekarskiego, ustalenia poziomu wykształcenia licealnego dla drogistów, przydzielenia do Izby Zdrowia (? nie istniejącej — przyp. Red.) lub powołania osobnych Izb Drogistowskich oraz utworzenia osobnego Inspektoratu w Mtwie Zdrowia i w Województwach.

W Polsce znajduje się obecnie podobno około 3000 składów aptecznych, które zatrudniają około 12.000 pracowników. Zawód drogistowski do dnia dzisiejszego rządzony jest na pod stawie ustawy wydanej w r. 1844 przez Radę Admin. Król. Pol., a na ziemiach zachodnich na podstawie ustaw niemieckich.

Delegacja Związku Drogistów interweniowała w powyższej sprawie u wicemin. Zdrowia dr Morzyckiego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, zesz. 1 z 1 I 1946. Treść: prof. dr St Różycki: Organizacja studiów lekarskich (projekt poznański). — Michałowski Roman: Rzadka postać rozszerzeń naczyń włosowatych skóry. — Dr Neyman Kaz.: Endemia duru plamistego w województwie poznańskim wiosną 1945 roku. — Dr Drews Roman: Kamica przewodu żółciowego wspólnego *(choledocholithiasis)*. — Dział informacyjny.

* * *

MEDYCYNA SPOŁECZNA I KLINICZNA, nr 2. grudzień 1945. Treść: Grzegorzewski Edward: Istota higieny społecznej (dok.). — Dr Radajewski M.: O warunkach higieniczno-sanitarnych na robotach publicznych (dok.). — Dr Markuszewicz R.: Podstawy pojęciowe popędu zachowawczego. — Dr Skibiński J.: W sprawie zwalczania jaglicy. — Doc. dr Ber A.: Przypadek ***haematotrachelometra et haematosalpinx unilateralis uteri bicornis cum cervice septa et atresia cervicis lateralis*** w świetle istniejących poglądów. — Dr Doerffer H.: Spostrzeżenia nad epidemią wietrznej ospy wśród niemowląt do lat 2-ch. — Goldschmied A.: Z dziedziny zagadnień patogenezy i leczenia cukrzycy. — Krzymień H.: Miano komplementu w surowicy chorych i w płynach patologicznych. — Dr Murczyński Cz.: 50 lat rentgenologii klinicznej. — Dr Peter J.: O śluzaku rzekomym otrzewny pochodzenia wyrostkowego w świetle własnych spostrzeżeń. — Wspomnienie o śp. prof. Kostaneckim. — Posiedzenia Lubel. Twa Lekarskiego. — Zjazd lekarzy powiatowych woj. lubelskiego. — Działalność Izby Lekarskiej lubelskiej w pierwszym roku po uwolnieniu od okupacji niemieckiej. — Komunikaty Zarządu Kasy Samop. Koleż.

Blaski i cienie służby zdrowia. Pod tym tytułem pojawił się w Nrze 12 „Rzeczypospolitej" z 12 I 46 artykuł na temat państwowej służby zdrowia i stanu zdrowotnego ludności.

„W chwili, gdy rozpoczęły swą pracę pierwsze komórki państw. sł. zdrowia, stan zdrowotny ludności wyglądał bardzo ponuro. Około 30% zbadanej młodzieży akademickiej dotknięte było czynną gruźlicą. Śmiertelność niemowląt na niektórych terenach Rzpltej dochodziła do 40% urodzeń"...

„...Dziś funkcjonuje 14 wojewódzkich wydziałów zdrowia i dwa wydziały w miastach wydzielonych. Na 360 powiatów zorganizowano służbę zdrowia w 280, z tego 90 na ziemiach odzyskanych. Na zachód skierowano 450 lekarzy wraz z personelem pomocniczym. Akcję tę poparto subwencjami na koszty przesiedlenia w wysokości 600,000 zł". ...Autor uważa tę sumę za niezrozumiale wysoką, gdyż lekarz osiedlający się na Mazurach otrzymuje jednorazowego zasiłku 10,000 zł, a wyjeżdżający na zachód 4000 zł. Ilość lekarzy na ziemiach odzyskanych jest nadal niewystarczająca, a administracja miejscowa nie czyni specjalnych wysiłków, aby zachęcić lekarzy z Polski centralnej do osiedlenia się na zachodzie. Np. Olsztyn po dziś dzień nie ma lekarzy chorób skórnych i wenerycznych. Gdy jeden ze znanych specjalistów warszawskich zwrócił się w tej sprawie wprost do odpowiednich władz w Olsztynie, odpowiedziano mu, że istotnie Olsztyn potrzebuje tego rodzaju specjalisty, ale że ...z powodu braku mieszkań (?) nie może doktorowi zapewnić żadnego pomieszczenia. W takim wypadku nic nie pomogą zasiłki Mtwa Zdrowia i Olsztyn długo będzie czekał na potrzebnego mu lekarza". (Chyba że któryś z matadorów zarządu miejskiego sam zachoruje na chorobę z brakującej specjalności — przyp. Red.).

„W walce z chor. zakaźnymi czynnych było 320 kolumn epidemicznych, 1000 lekarzy obwodowych, 1600 dezynfektorów pod kierunkiem 16 wojewódzkich komisarzy do walki z epidemiami. Do ich dyspozycji oddano 25,000 łóżek na oddziałach zakaźnych, 600 komór dezynfekcyjnych i 500 kąpielisk.

Dokonano 2 miliony szczepień przeciwko durowi brzusznemu, 200,000 przeciw ospie i kilkadziesiąt tysięcy przeciw durowi plamistemu. Od 1 lipca do końca 1945 r. wydano na walkę z epidemiami 120,000.000 zł.

Państw. Zakład Higieny wraz ze swymi 11 filiami dokonał ok. 400,000 badań bakteriologicznych żywności i wody. Liczba przypadków tyfusu plamistego z 800 w maju 1945 — spadła obecnie do 160 tygodniowo.

Szpitalnictwo rozporządza w tej chwili ilością 84,000 łóżek, co daje średnio 38 łóżek na 10,000 mieszkańców (przed wojną tylko 22). W tym miejscu przypomnieć należy fakt zamknięcia 2 szpitali w Rogoźnie i Wrześni z powodu braku opału (!) Oby takie wypadki więcej się nie powtarzały.

Dzięki pomocy UNRRA, Szwajcarii, Anglii i USA w ostatnich miesiącach polskie szpitale otrzymały 16,000 łóżek, 12,000 materacy, 26,000 koców, 200,000 metrów gazy, 50,000 kg waty i ok. 1 miliona kg leków.

W zakresie opieki nad matką i dzieckiem uruchomiono ok. 400 stacji opieki. Tu nasuwa się uwaga na temat braku koordynacji tej opieki. Sprawami opieki nad dzieckiem zajmuje się aż kilka ministerstw (Zdrowia, Oświaty, Opieki Społecznej, a nawet ...Ministerstwo Przemysłu!). Jednocześnie jesteśmy świadkami niewykorzystania sanatoriów dziecięcych. (Przeciwgruźlicze sanatorium dziecięce z 300 łóżkami w Kamieniogórze posiada personel, ale nie posiada wcale pacjentów!)".

(Przyp. Red.: Mtwo Zdrowia powstało m. i. dla scalenia agend zdrowia publicznego i wprowadzenia jednolitej polityki zdrowotnej w kraju. Tymczasem widzimy dalsze rozkojarzenie tych agend ...Co na to Mtwo Zdrowia?)

Do walki z gruźlicą stoi do dyspozycji 6000 łóżek na oddziałach gruźliczych i 330 poradni przeciwgruźliczych. Na akcję tę wydatkowano 80 mil. złotych. W tym miejscu zapytać się należy, dlaczego miejskie sanatorium gruźlicze w Otwocku nadal użytkowane jest wbrew jego przeznaczeniu, dlaczego sanatoria Dolnego Śląska, położone na zboczach Sudetów, świecą pustką? Czyżby w Polsce zabrakło już chorych na gruźlicę?

W dziedzinie przemysłu farmaceutycznego zaspakajamy dziś dopiero 30% swego zapotrzebowania. Czynne są 62 wytwórnie farmaceutyczne, 52 hurtownie i 1700 aptek.

Ogółem wydatkowano dotychczas na cele państwowej służby zdrowia pokaźną sumę 570 milionów złotych.

Na zakończenie — parę uwag. Z dniem 1 stycznia zaczęła obowiązywać ustawa o ślubach cywilnych, przewidująca przymus porad przedślubnych. Jak dotychczas nie słyszeliśmy o jakichkolwiek poczynaniach ministerstwa w tym kierunku. Kurs poradnictwa przedślubnego (zaproponowany zresztą przez jedno z towarzystw naukowo-lekarskich) ma odbyć się „podobno" dopiero w marcu, w dwa miesiące po wejściu w życie ustawy o przymusie świadectw. Trochę zbyt późno.

Uwaga druga: ludność odczuwa brak lekarzy w terenie, zwłaszcza na prowincji. Nie wiemy, jaka ilość doktorów medycyny zatrudniona jest w biurach Ministerstwa Zdrowia. Wydaje się, że liczba dość pokaźna. Spełniają oni często-gęsto funkcje które możnaby z doskonałym skutkiem powierzyć fachowcom — nie lekarzom, a lekarzy — zwłaszcza tych młodszych — zatrud-

nić w szpitalach czy Ośrodkach Zdrowia. Na siedzenie przy biurkach będą mieli czas w późniejszych latach.

Uwagi powyższe nie umniejszają w niczym osiągnięć Ministerstwa Zdrowia. Warto jednak, zwłaszcza w dzisiejszych warunkach, starać się o stuprocentowe wykorzystanie fachowego materiału ludzkiego tam właśnie, gdzie jest on nie do zastąpienia.

* * *

Wiadomości osobiste.

Gen. bryg. dr Bolesław Szarecki, b. nacz. chirurg i szef szpitalnictwa II Korpusu Armii Andersa we Włoszech, mianowany został Szefem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej.

Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie ogłasza

KONKURS

na następujące stanowiska:

lekarzy domowych w Borku Fałęckim, Bronowicach Wielkich, Łagiewnikach, Ludwinowie, Prądniku Czerwonym, Rakowicach, Woli Duchackiej i innych przedmieściach miasta Krakowa,

lekarzy domowych w Wieliczce, Skawinie, Liszkach i Czernichowie,

lekarzy domowych dentystów w Bronowicach Małych, Miechowie i w Krakowie mieście dla dzielnicy Podgórze,

lekarzy specjalistów chorób dzieci w Bronowicach Małych, w Wieliczce, Miechowie i Olkuszu,

lekarza specjalistę chirurga w Krakowie, (dla ambul. w Podgórzu),

lekarza specjalistę okulistę w Krakowie,

„ „ rentgenologa w Krakowie,

„ „ bakteriologa w Krakowie,

„ „ neurologa w Krakowie,

lekarza specjalistę fizykalnego leczenia w Krakowie,

„ „ dermatologa w Krakowie,

„ „ położnika w Krakowie,

„ „ internistę dla stacji reumatycznej w Krakowie,

lekarza specjalistę internistę dla stacji badania narządu krążenia w Krakowie,

lekarza specjalistę ftizjologa w Krakowie.

Kandydaci na stanowisko lekarzy Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom, ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy regulowane są miejscowymi umowami zbiorowymi zawartymi między Ubezpieczalnią Społeczną w Krakowie a Związkiem Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków" z 21 czerwca 1939 r. i 18 sierpnia 1939 r. i zarządzeniami Władz nadzorczych zawartymi w okólnikach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 18 kwietnia 1945 r. i 12 września 1945 r.

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia obowiązkowej praktyki szpitalnej i własnoręcznie napisanym życiorysem należy nadesłać do Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie ul. Batorego 3 do dnia 15 lutego 1946 r.

Kraków, dnia 26 listopada 1945 r.

p. o. Lekarza Naczelnego
dr Marian Ciećkiewicz

p. o. Dyrektora
dr Karol Kropatsch

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

Lekarze powiatu gorlickiego (patrz nr poprzedni) zł 1000, a w szczególności: dr Rybski Jan zł 300, dr Michalski Aleksander zł 200, dr Walęga Karol, dr Soczyński Roman, dr Samujło Antoni, dr Trześniowski E. i dr Radzik Marian po zł 100.

300 zł

Dr Mularek Ignacy — ze Spółdz. Zdrowia w Markowej, Dr Sowiakowski Jeremiasz — dyr. szpit. w Puławach.

200 zł

Dr Jarczyk Konrad z Katowic. — Dr Lichowski Tadeusz z Sędziszowa.

Dr Tarnawski Longin — gm. Dźbów, Dr Womperski Władysław — ze Starachowic.

100 zł

Dr Gajdziński Stefan z Radomia.

Dr Radecki Ładysław z Dąbrowy Górniczej:

Dr Golonka Jerzy — z Bielska, Dr Wojtaszek Roman — z Wieliczki, Dr Zieja Tadeusz — z Niepołomic, Dr Figna Jerzy — z Krakowa, Mgr Słupik Ryszard („Istrochemia") — z Cieszyna, Dr Letza Fr. — z Olsztyna, Dr Talikowski Jan — z Częstochowy, Dr Jasiński Jan — z Przyrowa, Dr Perłowski Włodzimierz — z Kamienicy Polskiej, Dr Nożyńska Janina — z Olsztyna, Dr Wójcik Franciszek — z Kłobucka, — Dr. Więckowska Janina z Mstowa, gm. Wancerzow, — Dr Spiss Maria z Krakowa, Dr Mikucki Konrad, — z Krakowa.

Prenumeratę należy uiszczać z góry

Kraków 1945 — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem K. Kiecia. — M-03174